

Marcus Rager
Bielstrasse 15
CH-4500 Solothurn

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GE/ER
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG	14. Okt. 2019					TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS					g	AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Solothurn, den 07. Oktober 2019

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend

Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

und

Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene* psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: **«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.»**

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungsvorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen. Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im**

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche

psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in

Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.

diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerverkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Ich lehne Art. 46 g. ab

g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.

Begründung

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. *einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. *einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. *nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und

psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG9 gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.

2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbstständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über bloße Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via bloße Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

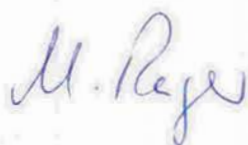
Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Marcus Rager

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Marcus Rager, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

Adresse : Bielstrasse 15, 4500 Solothurn

Telefon : +41 32 622 42 82

E-Mail : rager.psy@bluewin.ch

Datum : 07. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Marcus Rager</p>	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehe, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
<p>Marcus Rager</p>	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt,

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. ○ Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen
--	--

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF-Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen. • Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen. • Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Marcus Rager</p>	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerere Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten
-------------------------	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).</p> <p>2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).</p> <p>3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).</p>
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Marcus Rager	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i></p> <p><i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> <p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> <p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meine Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Marcus Rager</p>	<p>Art.50</p>	<p>Abs.1</p>	<p>c</p>	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> b. <i>einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> c. <i>nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>
---------------------	---------------	--------------	----------	--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeipsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p>	
			<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p>	
			<p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>	
			<p>Begründung</p> <p>Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen</p>	
			<p>therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharztstitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p>	
			<p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Veränderungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p>	
Marcus Rager			<p>II</p> <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG9 gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche</i></p>	<p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p><i>Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.</i></p> <p><i>2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</i></p>	
			<p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p>	
			<p><i>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</i></p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung</p> <p>Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Marcus Rager	2,3,11	<i>Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</i>	<i>Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</i>
		<p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p>	
		<p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p>	
		<p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p>	
<p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p>			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosser Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p>	
	<p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasseten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Marcus Rager		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	
Marcus Rager		<p>Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern.</p> <p>(Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).</p>	Siehe Annex

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefarzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefarzte und Chefarztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Natel: +41 79 957 33 53
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+.....	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV.....	Invalidenversicherung
KLV.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV.....	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO.....	Medizinalberufekommission des BAG
MTK.....	Medizinaltarifkommission
MV.....	Militärversicherung
OKP.....	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.....	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM.....	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP.....	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP.....	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC.....	Swiss Mental Health Care
SUVA.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED.....	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS.....	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC.....	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?	11
2.3	Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlreize und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMHC) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

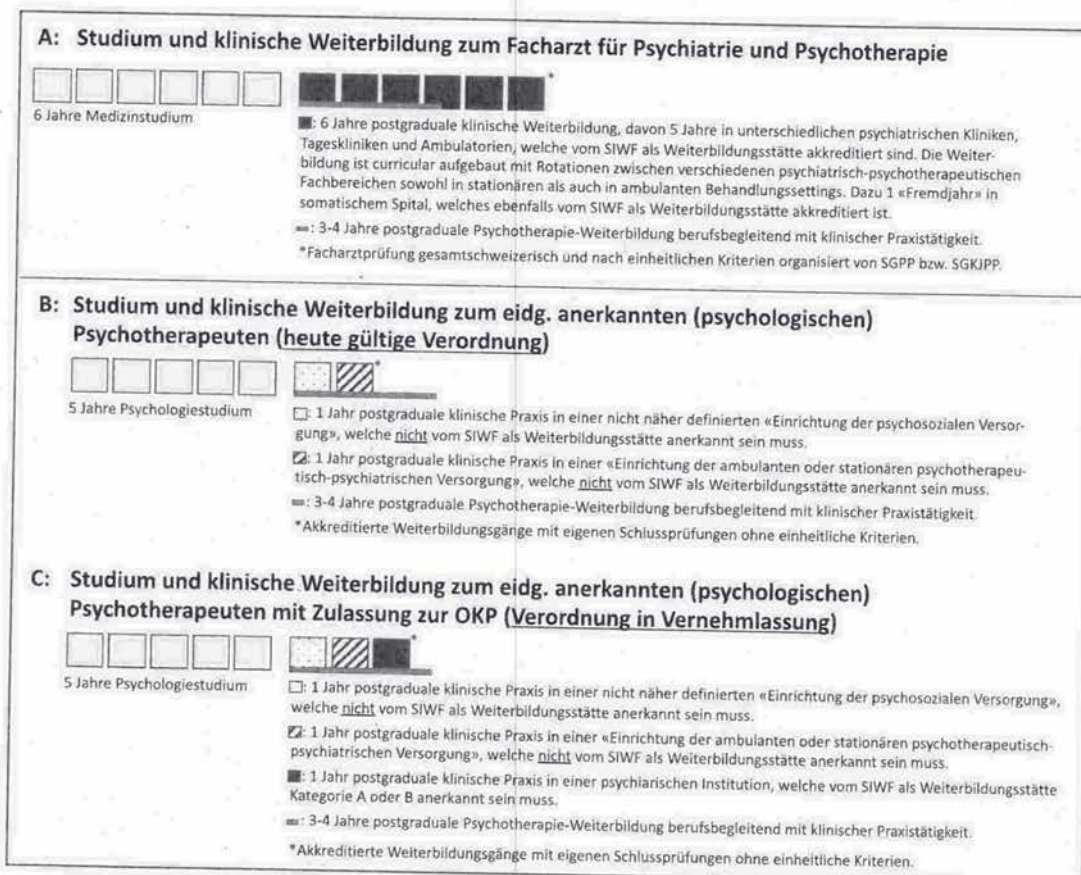


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11. 2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Facharztkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arzt Diplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärzttestatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

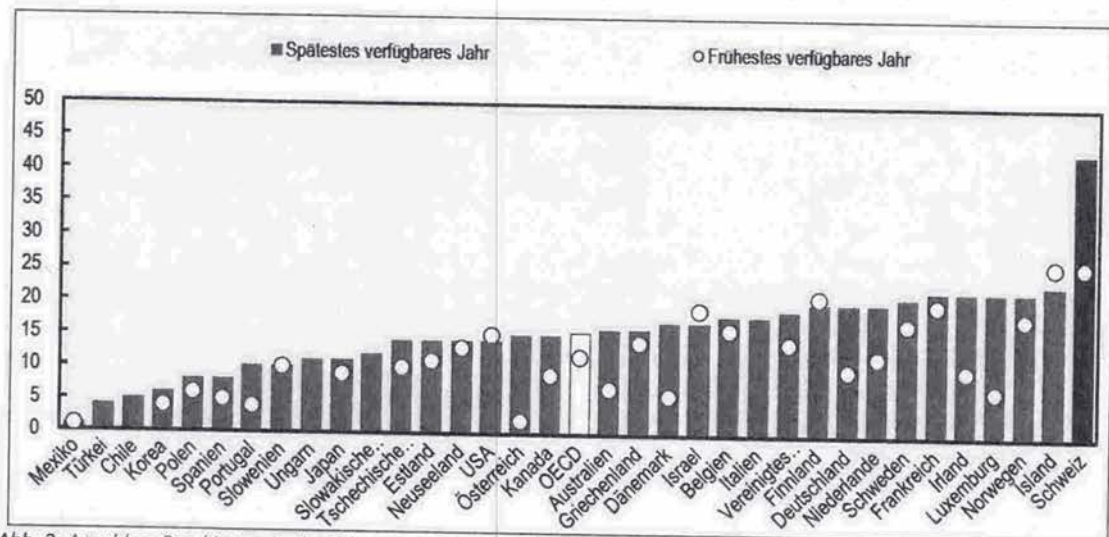


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

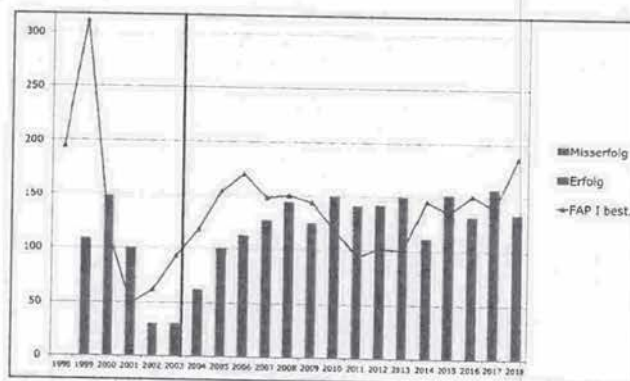


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztstatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztstatistik/fmh-aerztstatistik.cfm#i131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

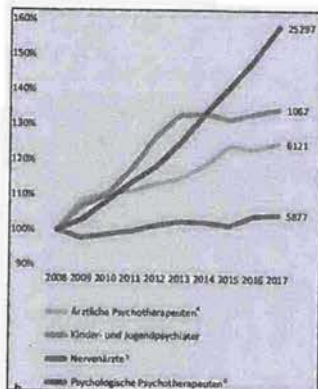


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

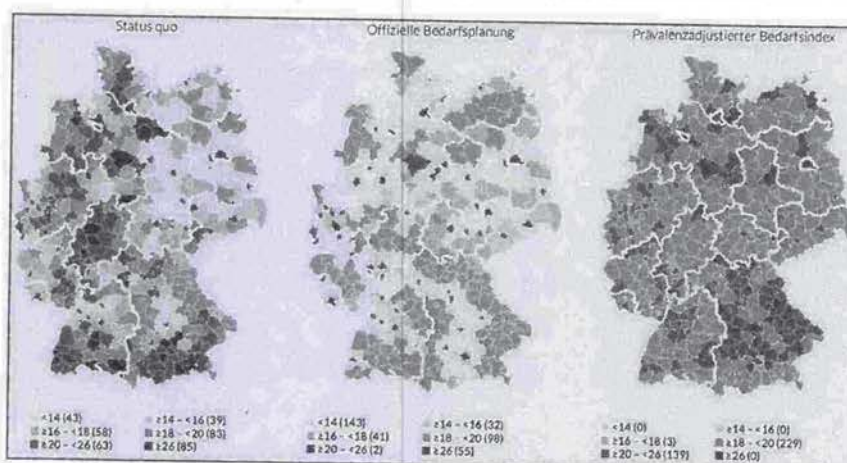


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSI/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermaßen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedarf orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

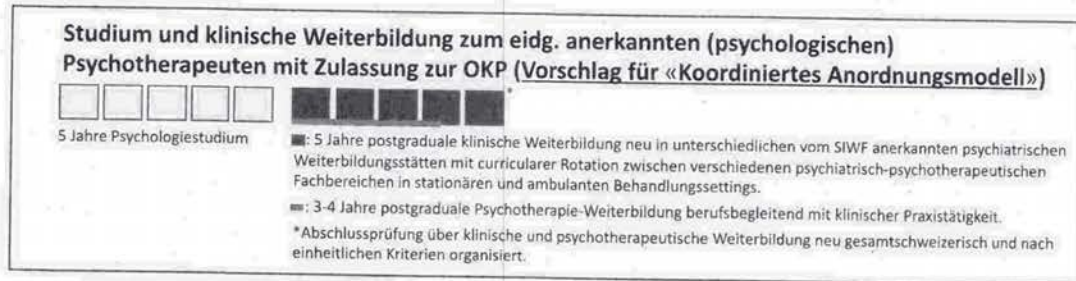


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

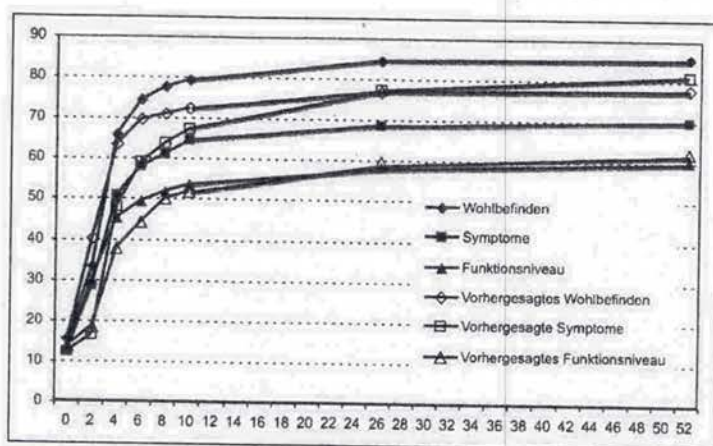


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnenen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmoitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

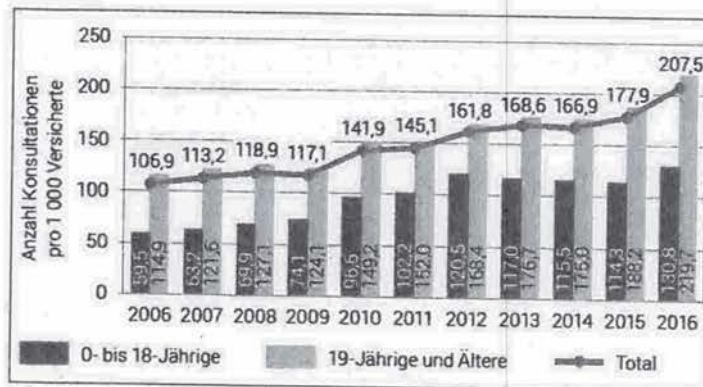


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Ordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Med. pract. Ralph Lüthy, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxis für Psychotherapie

Adresse : Birmannsgasse 39, 4055 Basel

Kontaktperson : Lüthy Ralph

Telefon : 061 271 37 09

E-Mail : ralph.luethy@hin.ch

Datum :29.08.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
PfP	<p>Zu der Vernehmlassung über Die Änderung der Verordnung KVV und KLV betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der OKP würde ich gerne Stellung nehmen.</p> <p>Zu Artikel 2+3 Punkt 3 b: Reduktion der max. Sitzungszeit 75' auf 60'</p> <p>Die psychotherapeutische Qualität hängt stark von der Zeit und vom Setting ab. Ausserdem natürlich von dem Patienten /In mit entsprechend oberflächlichem oder tiefen Leiden, sowie vom Psychotherapeuten und dessen Ausbildungsmethoden. Die Ausbildungsmethoden und Art und Weise des Therapierens hängen stark von den Individuen ab (die in jeder Richtung eine langjährige, zumindest in der Schweiz, hoch qualifizierte Ausbildung in den entsprechenden Verfahren hinter sich haben) . Das Wenigste davon lässt sich trimmen auf den nur sichtbaren, messbaren , linear-logischen Anteil. Gerade eben in der meistens „unsichtbaren Welt“ der Psyche, Seele ist die Ratio ziemlich hilflos und behindert meistens sogar den Behandlungsprozess oder ist die Ursache des Leidens. In den „Lücken“, wo Geduld gefragt ist, kommt es zu therapeutisch wirksamen Ereignissen. Einen solchen nicht präzise zu bemessenden Prozess wegen der Uhr abzustoppen , ist fahrlässig (suizidale, paranoide oder z.b. unter Suchtdruck leidende nach Taktfahrplan nach hause zu schicken wäre absolut unethisch, antitherapeutisch und zeigt sich mit zunehmender Berufserfahrung als langfristig kontraproduktiv. Oft werden Stunden überzogen, weil gerade am Ende einer Stunde wesentlicheres, tieferliegendes, das Eigentliche sich zeigt, und vor allem, weil die Personen dann erst in eine Entspannungsebene gelangen , wo sich das „Material“ zeigen kann. Menschen funktionieren nicht nach der Uhr, einem Manual oder Fragebogen. Das sind sicher gute Hilfsmittel auf dem oft steilen, langen Weg aus mehr oder weniger tiefen Abgründen. Gerade die Nachhaltigkeit lässt sich statistisch bei raschen, kurzen Therapien nicht bestätigen, da es zur bekannten Verschiebung der Symptome und /oder der Symptomebene kommt und langfristig deshalb auch zu Mehrkosten führt wegen weitschweifigen, umständlichen Neuabklärungen. Die Verfahren, die den „Zeitfaktor „ oder „Tiefenfaktor“ Geduld, Verlässlichkeit, Dauer, Beständigkeit, Vertrauen, und wenigstens die entsprechenden, langsamen Gefühle dazu wie Trauer, Liebe, Mitgefühl, Stille, nicht exaltierte Freude, geschweige denn Humor und Leichtigkeit (also eben nicht Druck, Stress, Hektik, Ratio)“ als selbstverständliche Wirkfaktoren beinhalten und in den entsprechenden Ausbildungen als Instrument auch entsprechend vermittelt wurden, wären bedroht, und sind von Vertretern dieser Methoden zu schützen und zu bewahren (weil sie sich langfristig eben doch bewährten).</p> <p>Eine Kürzung oder Rationierung der Stundendauer innerhalb der Psychotherapie gibt gewissen Methoden den Vorzug und kann das tieferliegende Taktgefühl nicht ersetzen. Gerade diejenigen Patienten , die in stark ökonomisierten und durchrationalisierten Systemen arbeiten , finden interessanterweise meistens am Ende einer langen Suche Hilfe bei den Therapieformen oder Therapeuten , welche die Unlogik, Paradoxien und Langsamkeit des Unbewussten berücksichtigen.</p>

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

PfP	<p>Zu KLV 1b: Evaluationsinstrumente sind gerade im Bereich des Unbewussten und der Psychodynamik unbrauchbar. Wir sehen das bei den durchaus löblichen Versuchen , Z.b dem OPD-2 Manual, auch das dynamische , schlecht fassbare zu ordnen. In einem reduzierten Mass ist es als Instrument brauchbar, gerade wenn es um Berichterstattung geht. Dies ist aber wieder der rationalerer Teil , der dort gewürdigt wird, niemals der ganze Mensch. Das ist der Grund warum alle Therapeuten/ Innen zu Recht verpflichtet sind, Intervision und Supervision zu machen , da es dort von Mensch zu Mensch über Menschen geht. Auch wenn die Supervisionsstunden sehr viel kosten und von den Therapeuten selber bezahlt werden müssen, sind diese Gold wert, weil sie multidimensionaler und effizienter als jeder Validierungsfragebogen oder Roboter erkennen lassen, ob die Therapie auf dem richtigen Kurs ist. In den relationalen, interaktionellen, soziokulturellen Dimensionen des Zusammenseins erscheinen validierte Instrumente als weltfremd, eindimensional und Realitätsfern und werden als hindernd und zwanghaft bei der Arbeit wahrgenommen. Die Vermessung der Seele macht eine Gesellschaft nicht freier , dafür kontrollsüchtiger. Als Psychiater der älteren Schule fühlt sich der Referent der Menschlichkeit verpflichtet und nicht dem grossen, künstlichen Algorithmen und der drohenden digitalen Diktatur, wie sie bereits in andern Teilen der Welt zu regieren beginnt. Die Statistiken zeigen deutlich, dass die Suizidraten zunehmen, und als Psychiater gehört es selbstverständlich dazu sich darüber Gedanken zu machen und mit anderen auszutauschen. Dass das Herumhocken vor Computern und Durchhackern von noch mehr Daten, die einer neuen Gottheit zu entsprechen scheinen, die Menschen nicht zufriedener macht, dafür paranoider und einsamer, ist bei vielen meiner Kollegen/Innen Konsens.</p>
PfP	<p>Art .3: Alle Ärzte werden sich sicher freuen wieder mehr Berichte zu schreiben, und dass in Anbedracht, dass nun Hunderte von solchen Indikationszettel und Evaluationsfragebögen , Indikationsberichten , Rezept, Zeugnisse etc pp. auf dem Tisch landen sollen. Der Referent hat herumgefragt und von keinem einzigen Hausarzt nicht ein Kopfschütteln erhalten bei der Frage, ob sie denn nicht noch Lust und Zeit hätten all den „Papierkram“ der dann davon abhängigen PsychologInnen durchzulesen und mit Ihrer Unterschrift die Verantwortung auch noch zu übernehmen für Patienten , die sie kaum oder gar nicht kennen.</p> <p>Bei dem Abbauversuch auf 30 h bis zur Berichterstattung geht es um Kontroll- und Finanzinteressen ,und diese gehören nicht zur Behandlungsebene, beeinflusst diese in unethischer Weise und erhöht langfristig die Kosten sowie die Fragen nach den wahren Unorten des Geldverschleisses. Der Referent zügelt sich hier und verschont Sie mit Ausschweifungen.</p>
PfP	<p>Wer soll anordnen?:</p> <p>Es ist eine bodenlose Frechheit eine solchen Einbruch in Diagnosestellung und Indikation nur schon zu erwägen. Als gelte die jahrelange Erfahrung in der psychiatrischen Klinik, den Akut- und Psychotherapiestationen, den Sucht- und Rehazentren, die Hölle der Nacht -und Wochenenddienste gar Nichts, rein gar nichts. Eine unzumutbare, fassungslos machende Frechheit.</p> <p>Die ganze Ausbildung zum Facharzt inklusive der Psychotherapieausbildung wird alleine mit einer solchen Erwägung ins Lächerliche gezogen und mit Füßen getreten.</p>

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

PfP	<p>Zulassungsvoraussetzungen für psychologische Psychotherapeuten /Innen:</p> <p>Aus täglicher Erfahrung interdisziplinäre Zusammenarbeit zeigt sich, dass die Behandlungsbreite bei den PsychologInnen, abhängig vom jeweiligen Werdegang und Ausbildung massiv geringer sein kann, während komplexe Geschichten immer und sowieso beim netten Onkel Doktor landen, als hätte der selbsterklärend immer und sowieso gerade genug Zeit, Wissen und Mitgefühl. Es ist klar abzusehen, dass eine solche riesige Mengenausweitung, wie sie vorgesehen ist, zu einer noch grösseren Spaltung in „medizinische Fälle“ und „psychologische Fälle“ führen wird. Kein medizinisch Ausgebildeter wird das tragen wollen, geschweige denn können. Nur die bis anhin ziemlich gute Zusammenarbeit hat hier geholfen und gerade diese ist jetzt bedroht. Die Zusammenarbeit muss gestärkt werden und nicht wie hier und jetzt gegeneinander ausgespielt werden. Ein Systemwechsel ist möglich aber nicht wenn ein paar wenige mit ihrer persönlichen Frustration /Aggression das bereits mässig/ ziemlich gute Gefüge vergiften und spalten mit generalisierenden, beleidigenden öffentlichkeitswirksamen Strategien.</p> <p>Wsh. werden sich grosse Psychologen /Innenhäuser bilden, die dann einen netten Schreibdokter anstellen oder z.B. aus Rumänien einfliegen lassen und Psychiaterpraxen, die dann noch häufiger mit der Polizei und den „gewalttätigen, bösen, asozialen, schwergewichtigen „Patienten zu tun haben. 83% der Psychologen sind „Frauen“, und die Erfahrung zeigt, dass es bei den meisten (v.a. jüngeren) Therapeuten /Innen zu Themen -Fokussierung und einseitigen Geschlechterbetrachtung und -Behandlung sowie oberflächlich, nicht professionell, differenziertem Umgang mit Aggressionen kommt. Wie die Erfahrung zeigt, werden heftige, spaltende, laute, aggressive Patienten /Innen, also die Schwächsten der Gesellschaft, gerne herum -und abgeschoben. Leider belastet das dann auch hier die „geduldigen Therapeuten /Innen und bei Aggressionsthemen die „männlichen“ Therapeuten/Innen, die hinhalten dürfen und nicht die „netten, jungen, konfliktscheuen Psychologen /Innen, die selten im Gefängnis, auf der Strasse, im sozialpsychiatrischen, idealistischen Bereich gearbeitet haben oder in den Akutstationen, oder in der „Hölle“ der Notfall- und Wochenenddienste. Diese weitere Polarisierung muss verhindert werden. Ein Aufnahmezwang mit breitem Spektrum an Patienten wäre dann die Konsequenz und damit wieder eine nicht zu verhindernde Durchmischung von Fachkompetenzen. Es würde zur Zunahme der doppelten Buchführung kommen, was alle nur ärgert und Mehrkosten erzeugt. Sollten sich solche „PsychologInnenhäuser“ bilden, wird sich andererseits sehr rasch zeigen, wen und was die da wie oft behandeln, aber egal, sowieso sind diese juristisch geschützt durch die Unterschrift eines Lastenesel namens Arzt /Ärztin.</p> <p>Die schwierigste Aufgabe wird sein, diese Last gerecht zu verteilen und monetär entsprechend zu entlohnen.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Reto Heimgartner, Facharzt FMH Psychiatrie/Psychotherapie

Adresse : Freiestr. 120, 8032 Zürich

Telefon : +41 (44) 252 33 55

E-Mail : rheimgartner@bluewin.ch

Datum : 3. Oktober 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Error! Reference source not found.Reto Heimgartner</p>	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehe, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. ○ Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar
--	---

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).

- Ärzte ohne Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigrschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.
- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Error! Reference source not found.	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerere Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).</p> <p>Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p>
---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. Kostendeckung gewährleisten

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found.	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i> 	<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>
				<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	
				<p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meine Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art.50</p>	<p>Abs.1</p>	<p>c</p>	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Veränderungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p>	
Error! Reference			II	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

source not found.			<p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i> 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen. 2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p>	
	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen			
	<p><i>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</i></p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute</p>			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.	
Error! Reference source not found.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.Reto Heimgartner	2,3,11	<i>Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</i>	<i>Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</i>
		<p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System</p> <p>Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): <i>«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».</i> Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: <i>«Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne</i></p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	
--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW- Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p>	
		<p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosser Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren</p> <p>Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den MedizinerInnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und</p>	
--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlassten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p>	
Error! Reference source not found.			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	
Error! Reference source not found.		<p>Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern.</p> <p>(Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).</p>	Siehe Annex
Error! Reference source not found.			

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

Reto Heimgartner, Facharzt FMH Psychiatrie/Psychotherapie
Freiestr. 120
8032 Zürich

Zürich, den 13. September 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten
Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu
verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die
vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene* psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «**In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet.** Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungsvorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.
- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.

- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerere Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen. Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparsbemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch

verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Ordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Ich lehne Art. 46 g. ab

~~*g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- | |
|--|
| <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |
|--|

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche

klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich

werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.

2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über bloße Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via bloße Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasssten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Reto Heimgartner Facharzt FMH Psychiatrie/Psychotherapie

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Natel: +41 79 957 33 53
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG	.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH	.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	.....	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB	.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV	.....	Invalidenversicherung
KLV	.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	.....	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP	.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	.....	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	.....	Medizinaltarifkommission
MV	.....	Militärversicherung
OKP	.....	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL	.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	.....	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM	.....	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS	.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP	.....	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	.....	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF	.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC	.....	Swiss Mental Health Care
SUVA	.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC	.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	.....	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY	.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS	.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	.....	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	.....	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS	.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV	.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA	.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?	11
2.3	Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlreize und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMHC) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

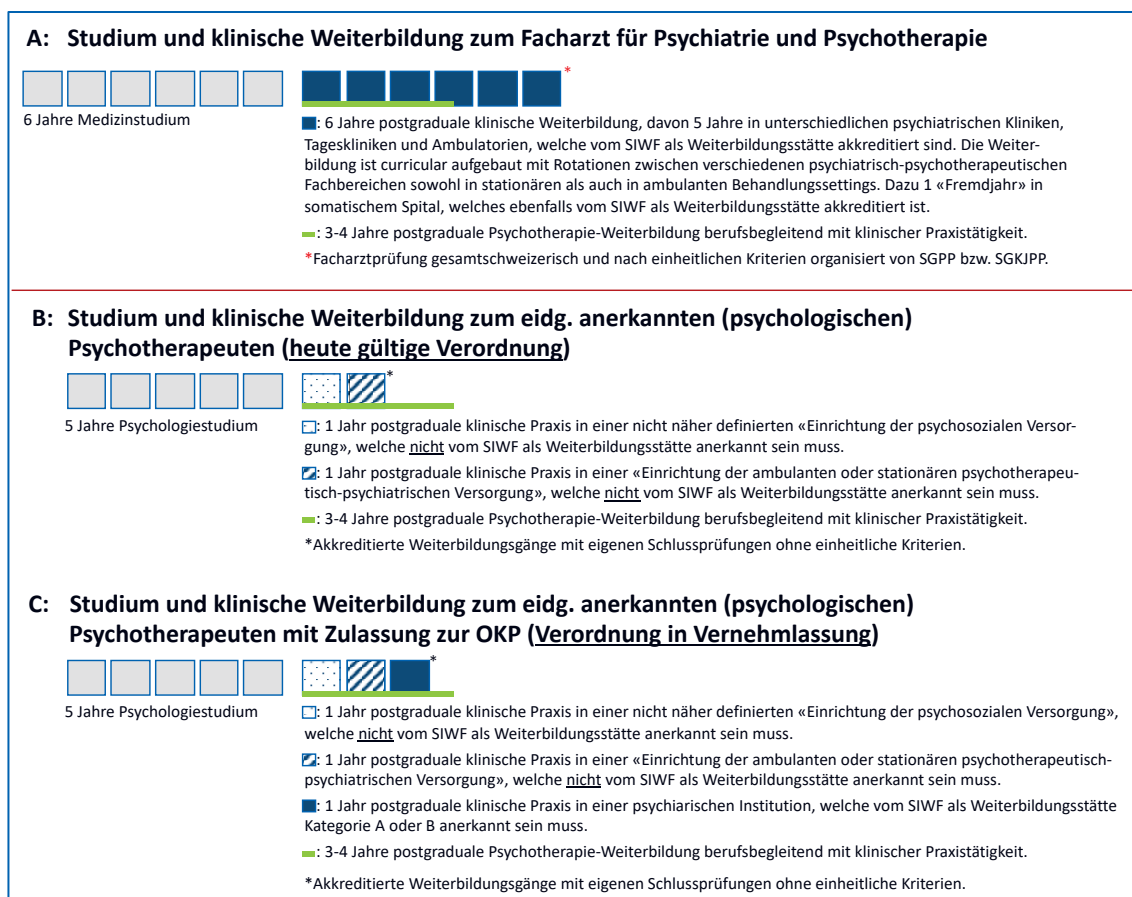


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11.2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

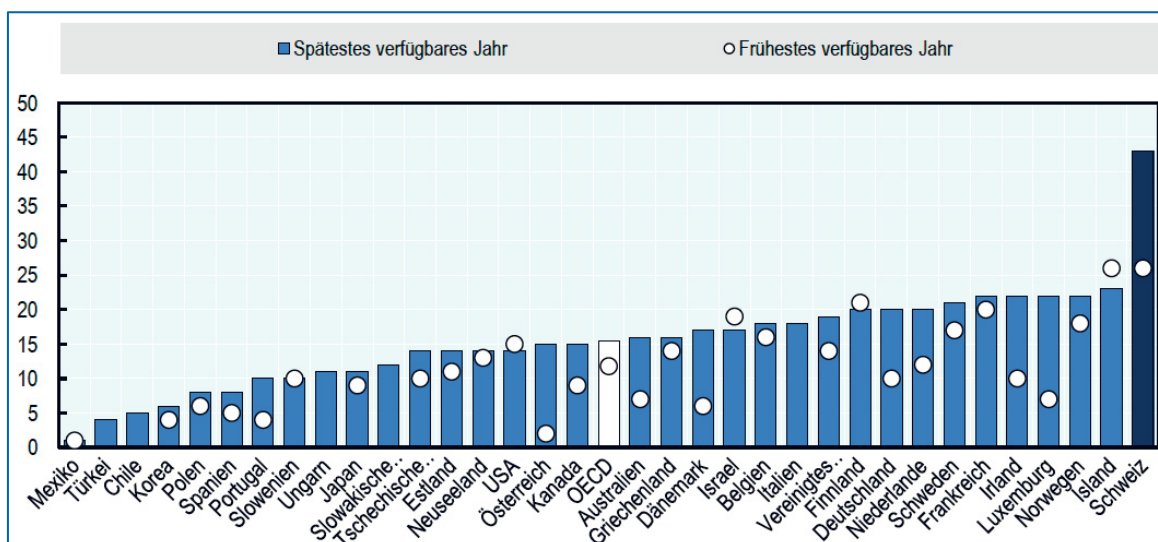


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.



Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärzttestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerzttestatistik/fmh-aerzttestatistik.cfm#1131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

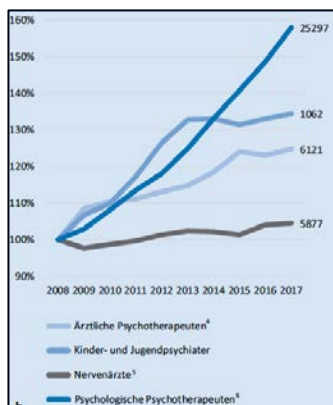


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

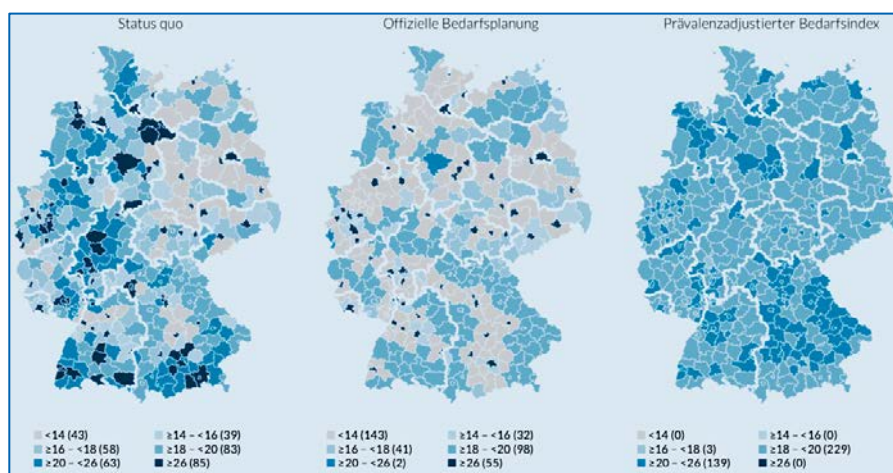


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermaßen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedarf orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

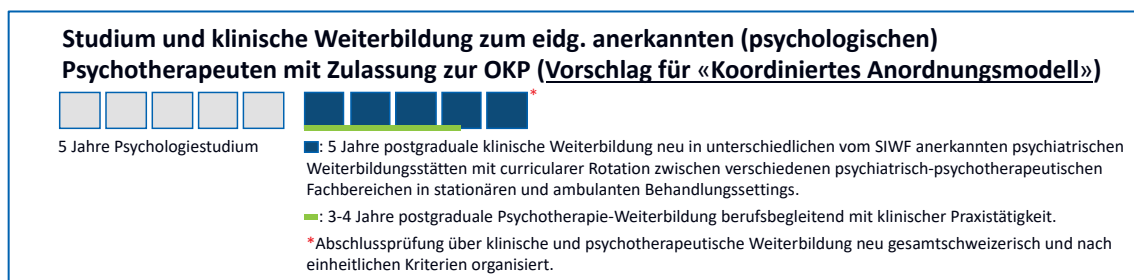


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

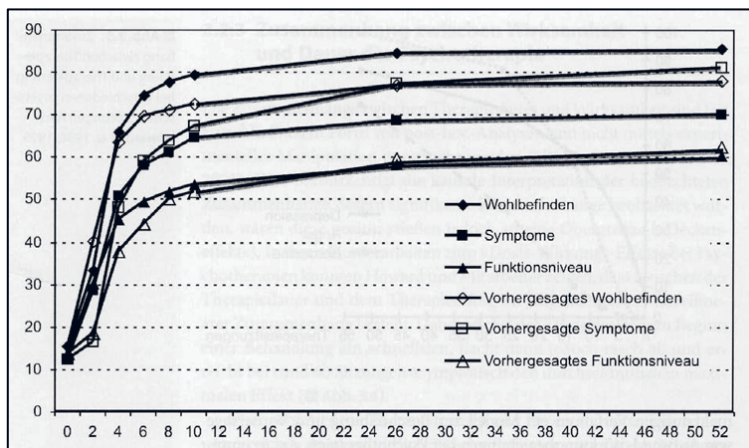


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutische Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologerverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

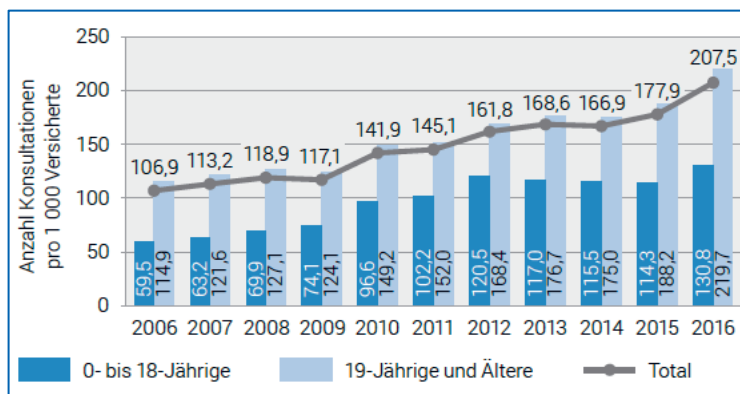


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Ordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefarzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Natel: +41 79 957 33 53
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG	.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH	.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	.....	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB	.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV	.....	Invalidenversicherung
KLV	.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	.....	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP	.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	.....	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	.....	Medizinaltarifkommission
MV	.....	Militärversicherung
OKP	.....	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL	.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	.....	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM	.....	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS	.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP	.....	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	.....	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF	.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC	.....	Swiss Mental Health Care
SUVA	.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC	.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	.....	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY	.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS	.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	.....	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	.....	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS	.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV	.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA	.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?	11
2.3	Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlreize und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulant psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMHC) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

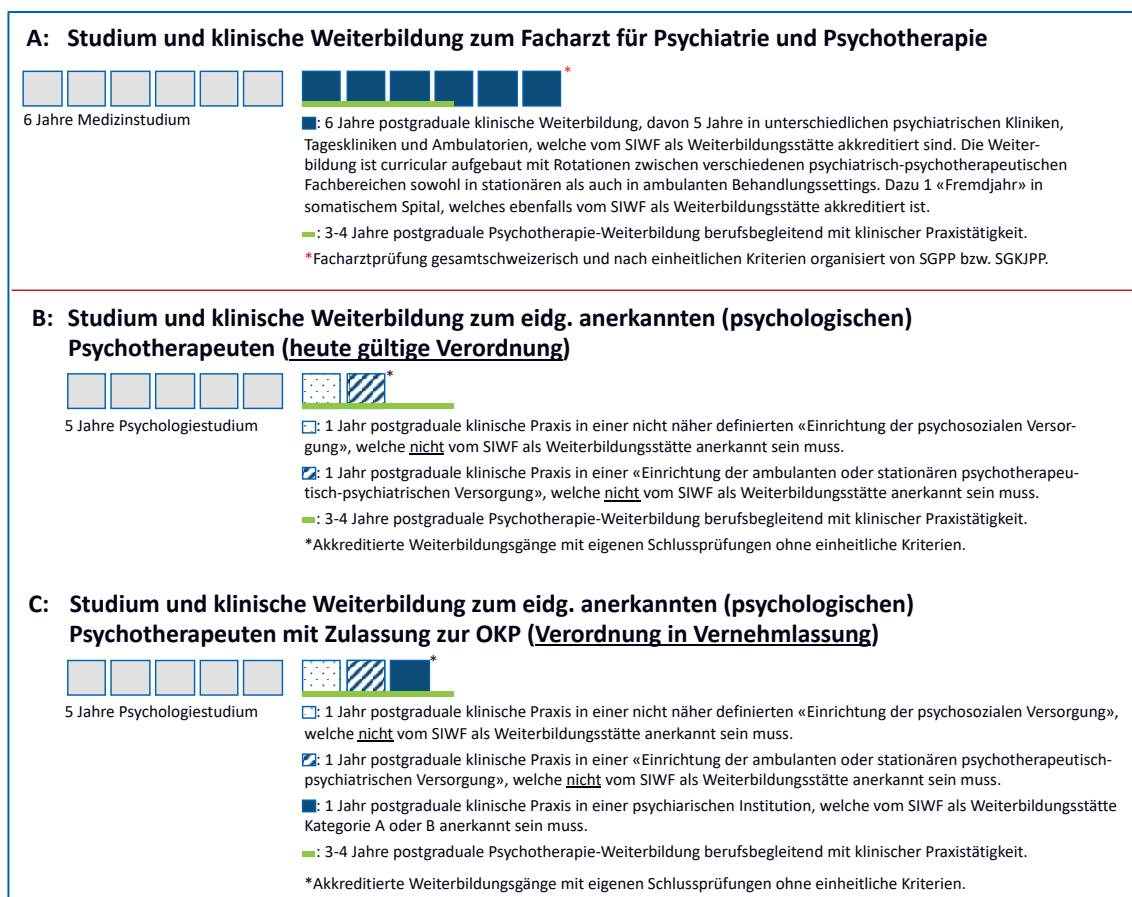


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11.2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

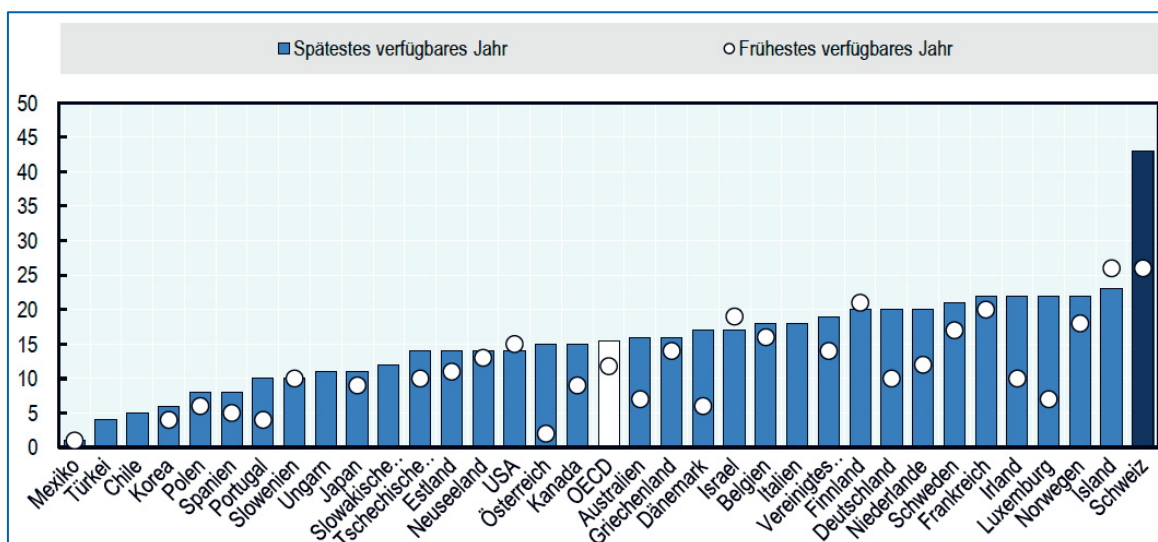


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

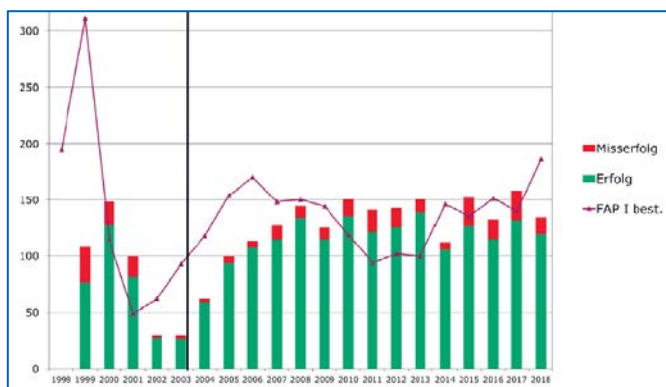


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärzttestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerzttestatistik/fmh-aerzttestatistik.cfm#1131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

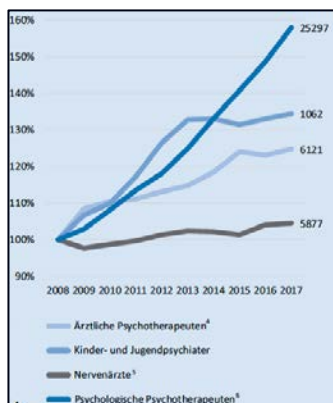


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

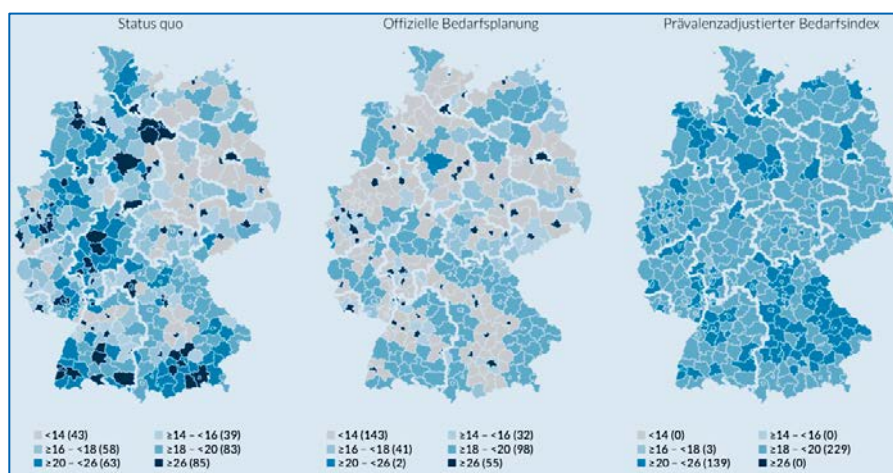


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermaßen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedarf orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

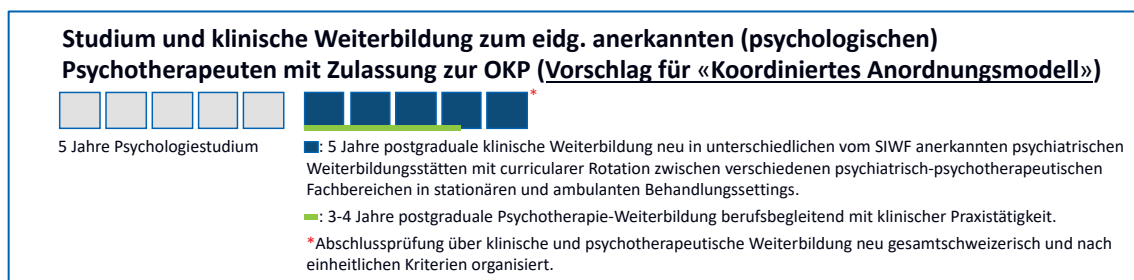


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

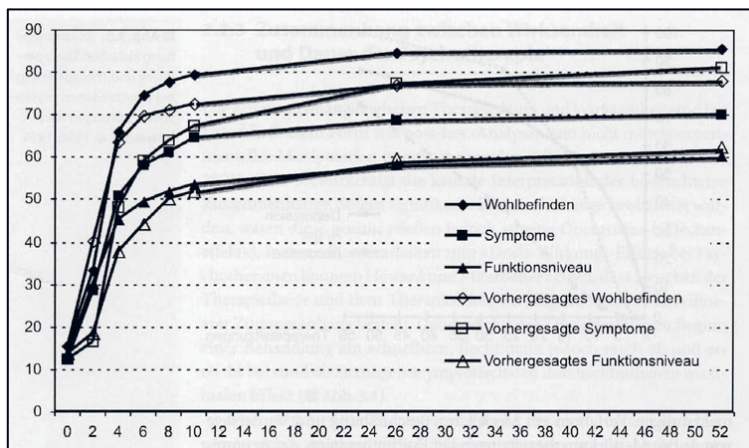


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutische Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologerverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

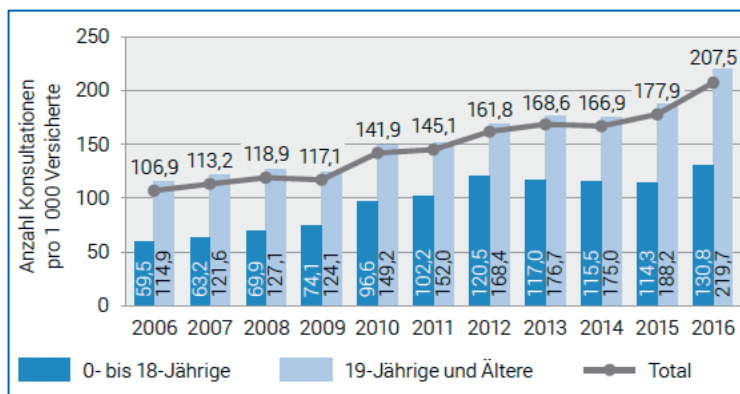


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Verordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Rolf Victor Heim

Adresse : Eichhaldenweg 17, 5113 Holderbank Ag

Telefon : 079 776 09 75

E-Mail : rolf.heim@praxisholderbank.ch

Datum : 30 September 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

From: Roman Decurtins <info@roman-decurtins.ch>
Sent: Mittwoch, 16. Oktober 2019 22:12
To: _BAG-Leistungen-Krankenversicherung; _BAG-GEVER
Cc: 'christianparpan'
Subject: Vernehmlassungsantwort zur Psychologischen Psychotherapie - Systemwechsel zum Anordnungsmodell

Guten Tag

Ich schicke Ihnen eine Vernehmlassungsantwort aus dem von Bern weit entfernten Graubünden, mit Blick auf die besonderen Interessen der Patientinnen und Patienten unseres Bergkantons mit seinen drei Kantonssprachen. Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 eine Verordnungsänderung in die Vernehmlassung geschickt. Psychologinnen und Psychologen sollen in Zukunft als eigenständige LeistungserbringerInnen psychotherapeutische Behandlungen mit den Krankenkassen abrechnen dürfen, sofern diese auf Anordnung eines Arztes erfolgen (Haus-, Kinder- und FrauenärztInnen). Ich begrüsse diese Neuregelung. Sie beinhaltet gute Kompromisse, die in jahrelangen Verhandlungen möglich geworden sind.

Die Vernehmlassung des Bundes dauert bis zum 17. Oktober 2019. Auf dem Hintergrund meiner nachfolgend beschriebenen beruflichen Erfahrungen möchte ich die Gelegenheit nutzen, eine Vernehmlassungsantwort zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie einzureichen.

Ich verfüge seit Juli 1987 über die unbefristete Bewilligung, im Kanton Graubünden als Psychotherapeut tätig zu sein. Diese Tätigkeit übe ich seither ununterbrochen in eigener Praxis an der Reichsgasse 69 in Chur aus > www.roman-decurtins.ch. Von 1995 bis 2017 war ich Mitglied der Leitung des IBP Instituts in Winterthur, das für PsychologInnen und ÄrztInnen eine mehrjährige eidgenössisch anerkannte postgraduale Psychotherapie-Weiterbildung anbietet, zuletzt als Geschäftsführer. In den Jahren 1991 – 2003 war ich Vorstandsmitglied der Bündner Vereinigung für Psychotherapie, ab 1995 als Co-Präsident. Zudem war ich ab 1999 Vorstandsmitglied der Schweizer Charta für Psychotherapie, die sich in der Schweiz massgeblich für die Entwicklung der Qualitätsstandards in der Psychotherapie und bei der Erarbeitung des Psychologieberufegesetzes (PsyG) engagiert hat. Auch war ich einige Jahre Mitglied der Psychiatriekommission des Kantons Graubünden (die es als beratendes Fachgremium leider seit vielen Jahren nicht mehr gibt). Seit vielen Jahren bin ich in der Ausbildung von FachpsychologInnen und FachärztInnen für Psychotherapie tätig. Dies für verschiedene Weiterbildungsinstitute in der Deutschschweiz, im Rahmen der Theorievermittlung, Selbsterfahrung und Supervision. Zahlreiche PsychologInnen und ÄrztInnen, die in verschiedenen Kantonen der Deutschschweiz in den psychiatrischen Institutionen und in freien Praxen tätig sind oder waren, habe ich so - und auch deren Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen - kennenlernen können. Ich weiss aufgrund dieser Lehrtätigkeit, was davon zu halten ist, wenn gewisse PsychiaterInnen und Vertreter der psychiatrischen Institutionen sowie auch die Santésuisse in ihrer neuesten Verlautbarung versuchen, die Behandlungsqualität der psychologischen PsychotherapeutInnen in Frage zu stellen.

Für die psychotherapeutische Versorgung im Kanton Graubünden hat ein Systemwechsel zum Anordnungsmodell eine grosse Bedeutung. Heute gibt es in Graubünden bei den psychotherapeutischen Angeboten eine

Unterversorgung. In weiten Teilen des Kantons gibt es keine psychologischen Praxen, in denen psychotherapeutische Behandlungen stattfinden können. Da selbständig tätige PsychologInnen heute nicht über die KK-Grundversicherung abrechnen dürfen, können nur Patienten eine psychologische Psychotherapie in Anspruch nehmen, welche diese selber bezahlen können (allenfalls mit Beiträgen aus der Zusatzversicherung). Die meisten Menschen im Kanton Graubünden können sich eine solche Behandlung nicht leisten. Nur mit Selbstzahlern kann ein selbständig tätiger psychologischer Psychotherapeut in der Regel nicht genügend Einkommen generieren, um davon leben zu können.

Die Praxen von Psychiatern sind in Graubünden stark auf die Hauptstadt Chur konzentriert, oft ausgebucht und mit langen Wartelisten. Ärztliche Psychotherapien, welche einer psychologischen Psychotherapie in Bezug auf Inhalt und Umfang entsprechen, können durch die Psychiater aus Kapazitätsgründen nur in beschränktem Masse angeboten werden. Die psychiatrische Behandlung ist zudem oft eine medikamentöse, verbunden mit einem ärztlichen Gespräch von kürzerer Dauer. Die ambulanten Strukturen der PDGR sind in den letzten Jahren ausgebaut worden. Das ist gut so. Aufgrund der dort bestehenden Kapazitäten und leider auch aufgrund der teilweise fehlenden Qualifizierung der in der Psychiatrie tätigen Assistenzärzte sind auch diese ambulanten Dienste nur in beschränktem Masse in der Lage, Psychotherapien im engeren Sinne anzubieten.

Folge dieser psychotherapeutischen Unterversorgung ist, dass viele Menschen im Kanton Graubünden, welche an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung erkrankt sind, nicht oder nicht ausreichend behandelt werden können oder die Behandlung nicht rechtzeitig einsetzen kann. Ich denke, dass sich der vom EDI geplante Systemwechsel zum Wohle und der Gesundheit der Patientinnen und Patienten in Graubünden auswirken wird. Nicht zuletzt auch deshalb, weil sich Psychologinnen und Psychologen mit Bündner Wurzeln aufgrund der bei einer Neuregelung veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen vermehrt in unserem Kanton niederlassen werden und dadurch bessere Gewähr dafür besteht, dass Psychotherapien in einer der drei Kantonssprachen angeboten werden können. Die leider oft fehlende Sprachkompetenz der in der stationären Psychiatrie behandelnden (Assistenz-)Ärzte ist ein nicht zu vernachlässigender Aspekt, welcher den Status Quo bei den ärztlichen psychotherapeutischen Behandlungen kennzeichnet.

Der Präsident des Berufsverbandes der Psychiater (SGPP) und die Santésuisse vertreten in ihren Verlautbarungen dezidiert eine Haltung, welche sich am Status Quo und an der Machterhaltung orientiert. Die Psychiater sollen gegenüber den psychologischen PsychotherapeutInnen weiterhin das Sagen haben. Die «Anordnung» soll grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie übernommen werden. Dies unabhängig davon, dass psychologische PsychotherapeutInnen bereits heute dazu berechtigt sind, in eigener Verantwortung Psychotherapien durchzuführen. Die Forderung der Psychiater, allein für die «Anordnung» der psychologischen Psychotherapie zuständig zu sein, verhindert die guten Entwicklungen, welche im Interesse der PatientInnen in der Zusammenarbeit zwischen PsychologInnen und PsychiaterInnen in den letzten Jahre erreicht worden sind. Ein neues Macht- und Abhängigkeitsgefälle würde sich etablieren. Leider auch hier mit dem Verdacht verbunden, dass es letztlich um ökonomische Interessen der PsychiaterInnen und psychiatrischen Institutionen geht. Im bisherigen System haben die PsychiaterInnen (nur) von den delegiert arbeitenden psychologischen PsychotherapeutInnen

profitiert, neu soll es von allen psychologischen PsychotherapeutInnen sein, die ihre Leistungen über die Grundversicherung abrechnen wollen.

Bei der psychologischen Psychotherapie handelt es sich um einen Frauenberuf. Der Anteil der Frauen im Psychologiestudium ist mehr als 80%, bei der 4-jährigen postgradualen Weiterbildung zur Psychotherapeutin dürfte der Frauenanteil sogar noch höher liegen. Nun ist interessant, dass in den Reaktionen der Psychiater und der Santésuisse als Grund gegen einen Systemwechsel die Behandlungsqualität, die mit der Selbständigkeit der PsychotherapeutInnen in Frage gestellt sei, ins Spiel gebracht wird. In diesem Frauenberuf brauche es also die Kontrolle durch die Psychiater/die Männer. Das sollte hellhörig machen. Ich möchte dem Argument der Sicherung der Behandlungsqualität entgegenhalten, dass es wohl mehr um die Sicherung der Macht (der Männer) und um Geld geht.

Ich erwarte, dass sich das EDI bei der Neuregelung der Psychologischen Psychotherapie nicht der einseitigen Sicht der Psychiater anschliessen wird und den PsychotherapeutInnen zutraut, dass sie in der Lage sind, die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung stellen zu können und somatische Variablen im Kontext von Psychotherapie erkennen und beurteilen zu können. Im heutigen SpezialistInnenfeld sind Überweisungen zur Differentialdiagnose state of the art und Teil der operativen Tagesordnung in der psychologischen Psychotherapie. Das gilt für Männer und Frauen.

Sollten sich trotz aller geäusserten guten Argumente der an einer Neuregelung der psychologischen Psychotherapie intereressierten Gruppierungen die Interessen der Psychiatrie-Verbände und der Santésuisse einseitig durchsetzen, kann die ganze Übung abgebrochen werden. Dann braucht es keine Neuregelung. Die bestehenden Machtverhältnisse würden weiterhin gelten und sich nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten auswirken. Der Versorgungsnotstand würde weiter bestehen.

Ich bitte Sie um Kenntnisnahme meiner Vernehmlassungsantwort und grüsse freundlich aus Sonnenbünden

Roman Decurtins

Lic. phil. Roman Decurtins

Fachpsychologe für Psychotherapie FSP
Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut
Reichsgasse 69
CH-7000 Chur

Tel. +41-81-250 43 85

Cell +41-79-336 17 00

info@roman-decortins.ch

www.roman-decortins.ch

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Dr. med. Elena Rössing-Keisker

Forchstrasse 106

CH-8032 Zürich

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG	08. Okt. 2019					TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS					9	AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Zürich, den 13. September 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten
Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu
verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die
vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: **«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.»**

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungsvorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr

Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen

ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen. Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die

psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei. Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, SpARBemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in

Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Ich lehne Art. 46 g. ab

g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-~~anerkannte~~ Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu

bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in

Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Ordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.

2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Veränderungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmtesten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen


Dr. med. Elena Rössing-Keisker

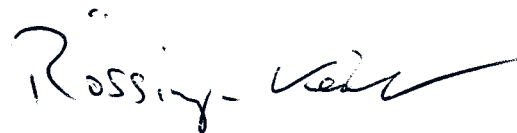
(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation

: Dr. med. Elena Rössing-Keisker



Adresse

: Forchstrasse 106, CH 8032 Zürich

Telefon

: + 41 (43) 499 83 06

E-Mail

: e.roessing.keisker@hin.ch

Datum

: 03.10.2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Elena Rössing- Keisker	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehe, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p>
	<p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt,

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<p>dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. ○ Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen
--	---

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF-Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ohne Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.
	<p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen. • Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen. • Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <p>1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten</p>
--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).</p> <p>2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).</p> <p>3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).</p>
--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>
				<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> <p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meine Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	Art.50	Abs.1	c	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> b. <i>einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> c. <i>nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p>	
			<p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur</p>	
			<p>Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharztstiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharztstitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,</p>	
			<p>gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Veränderungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p>	
			<p>II</p> <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i></p>	<p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p><i>1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG9 gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.</i></p> <p><i>2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</i></p> <p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> <p><i>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</i></p>	
			<p>Der Einbezug von strengeren Übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung</p> <p>Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Elena Rössing- Keisker	2,3,11	<p>Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</p> <p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</p>	<p>Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	
		<p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p>	
		<p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren</p> <p>Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p>	
	<p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasssten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	
		<p>Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern.</p> <p>(Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).</p>	Siehe Annex

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Natel: +41 79 957 33 53
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV	Invalidenversicherung
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	Medizinaltarifkommission
MV	Militärversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC	Swiss Mental Health Care
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?	11
2.3	Tarifsystumbedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlansätze und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMHC) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassete Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmaßnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlasset ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.




<p>A: Studium und klinische Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie</p>  <p>6 Jahre Medizinstudium</p>	<p>■: 6 Jahre postgraduale klinische Weiterbildung, davon 5 Jahre in unterschiedlichen psychiatrischen Kliniken, Tageskliniken und Ambulatorien, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind. Die Weiterbildung ist curricular aufgebaut mit Rotationen zwischen verschiedenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbereichen sowohl in stationären als auch in ambulanten Behandlungssettings. Dazu 1 «Fremdjahr» in somatischem Spital, welches ebenfalls vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert ist.</p> <p>⋯: 3-4 Jahre postgraduale Psychotherapie-Weiterbildung berufsbegleitend mit klinischer Praxistätigkeit.</p> <p>* Facharztprüfung gesamtschweizerisch und nach einheitlichen Kriterien organisiert von SGPP bzw. SGKJPP.</p>
<p>B: Studium und klinische Weiterbildung zum eidg. anerkannten (psychologischen) Psychotherapeuten (heute gültige Verordnung)</p>  <p>5 Jahre Psychologiestudium</p>	<p>□: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer nicht näher definierten «Einrichtung der psychosozialen Versorgung», welche <u>nicht</u> vom SIWF als Weiterbildungsstätte anerkannt sein muss.</p> <p>▨: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung», welche <u>nicht</u> vom SIWF als Weiterbildungsstätte anerkannt sein muss.</p> <p>⋯: 3-4 Jahre postgraduale Psychotherapie-Weiterbildung berufsbegleitend mit klinischer Praxistätigkeit.</p> <p>* Akkreditierte Weiterbildungsgänge mit eigenen Schlussprüfungen ohne einheitliche Kriterien.</p>
<p>C: Studium und klinische Weiterbildung zum eidg. anerkannten (psychologischen) Psychotherapeuten mit Zulassung zur OKP (Verordnung in Vernehmlassung)</p>  <p>5 Jahre Psychologiestudium</p>	<p>□: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer nicht näher definierten «Einrichtung der psychosozialen Versorgung», welche <u>nicht</u> vom SIWF als Weiterbildungsstätte anerkannt sein muss.</p> <p>▨: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung», welche <u>nicht</u> vom SIWF als Weiterbildungsstätte anerkannt sein muss.</p> <p>■: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer psychiatrischen Institution, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte Kategorie A oder B anerkannt sein muss.</p> <p>⋯: 3-4 Jahre postgraduale Psychotherapie-Weiterbildung berufsbegleitend mit klinischer Praxistätigkeit.</p> <p>* Akkreditierte Weiterbildungsgänge mit eigenen Schlussprüfungen ohne einheitliche Kriterien.</p>

Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11. 2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁹). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

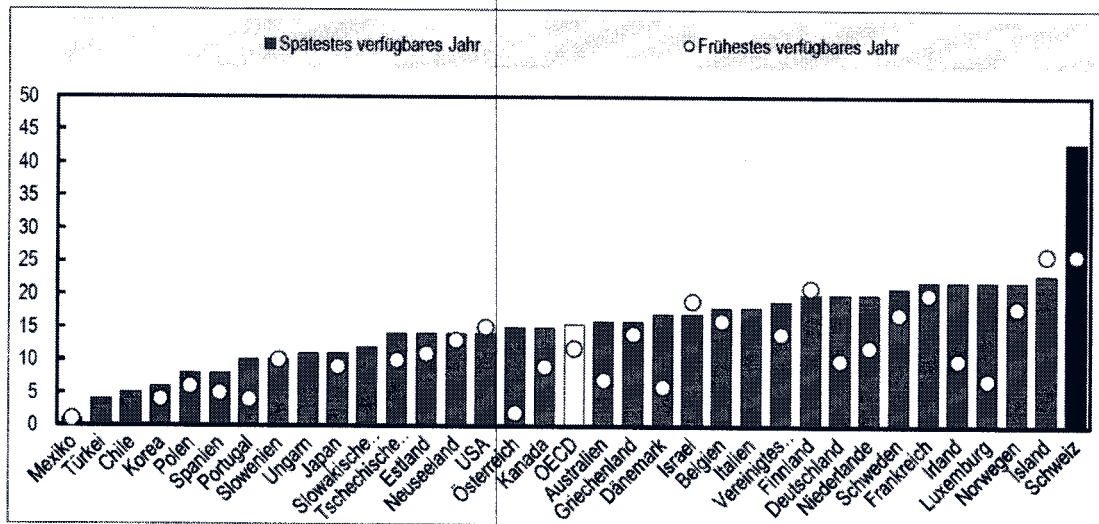


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

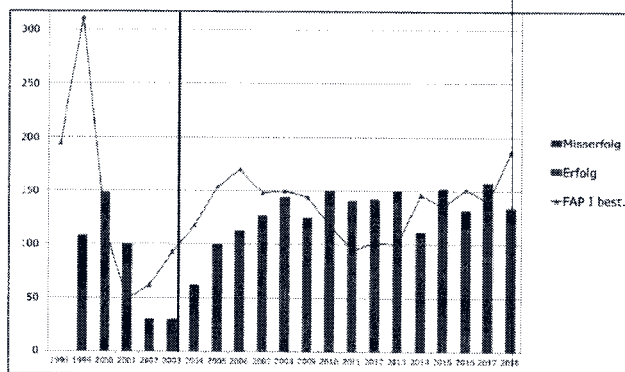


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztstatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztstatistik/fmh-aerztstatistik.cfm#i131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkatégorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

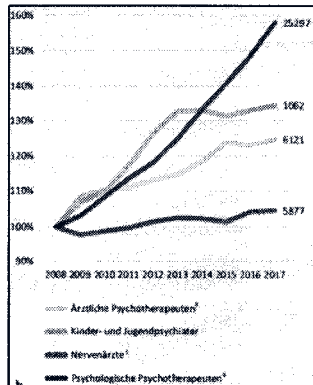


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

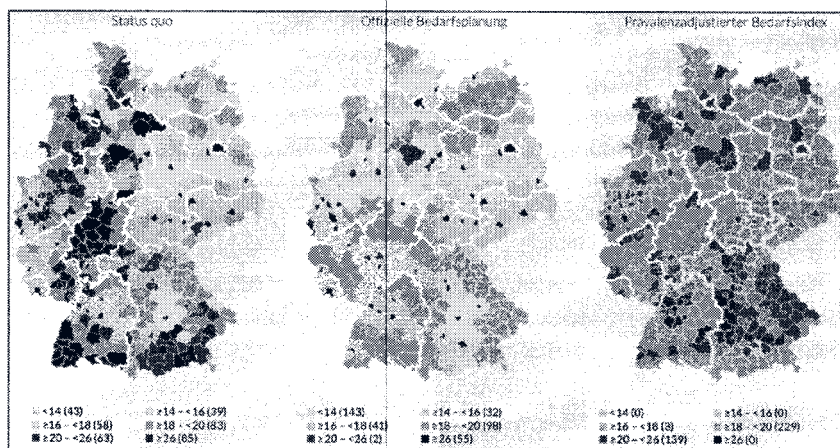


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftsrichtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermaßen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedarf orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

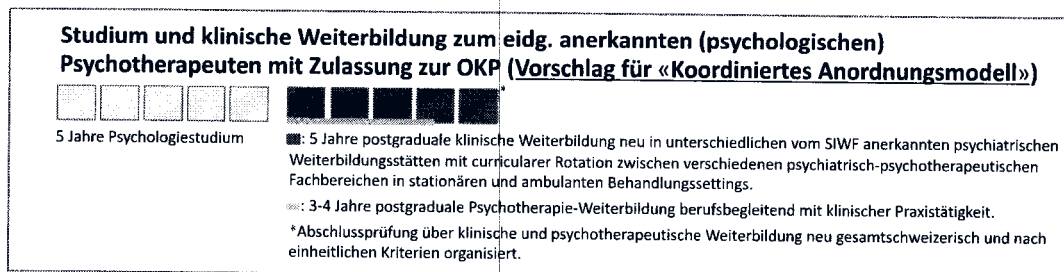


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

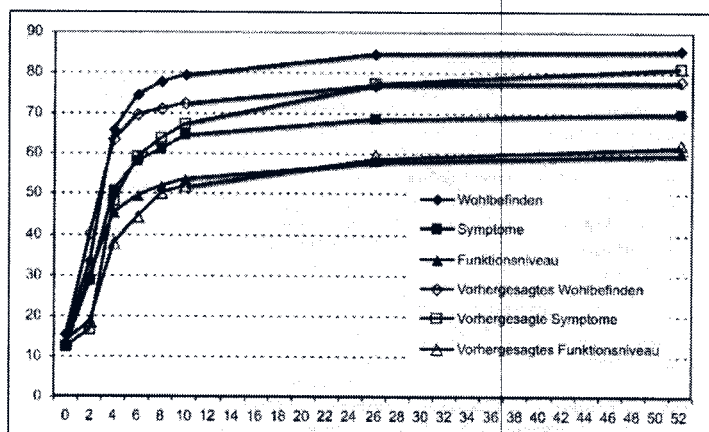


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutische Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

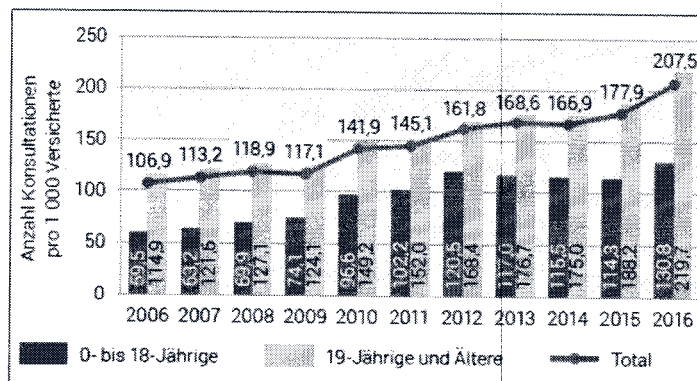


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsperiode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Verordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. Med. Catherine Rouiller von Gunten (untenstehend CRvG)

Adresse : Chemin des Cèdres 13 1004 Lausanne

Telefon : +41 (21) 647 44 71

E-Mail : catherine.rouiller.von.gunten@svmed.ch

Datum : 16. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

a. Allgemeine Bemerkungen

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
CRvG	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Umgestaltung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Anforderungen der Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse basieren.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat die Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei die Kosten für Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe senken. Der Bundesrat postuliert, mit dem Vorschlag über die Delegationen zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig die Verantwortung für die Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedenen anderen Veränderungen und Massnahmen an, die von den verschiedenen Akteuren wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» im Rahmen der Vernehmlassung hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht mit den in der <i>Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote, Erhöhung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation der Leistungserbringer</i> des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes abgestimmt ist: gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass die folgenden Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der Koordination der Angebote, Erhöhung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation der Leistungserbringer</p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig Leistungen erbringen können («Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung der KLV; SR 832.112.31)).
CRvG	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/>

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgeglich. Im Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringung in der Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht. Dies sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrie in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung ein quantitativer Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird behauptet, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich mit anderen Ländern, gering scheinen. • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil. Die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken Menschen den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet die schwerkranken Patienten das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die Bundesversammlung besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten für psychisch schwerkranke Patienten lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in spezialisierten Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärzten) behandelt werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberuf von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Leistungen in die Gefahr der Kürzung.
--	--

1

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

2

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

3

³ Quelle in Fussnote⁴, Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr abrechnungsfähig sind.

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<p>da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bund Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Inst Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich ersch</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dr. Catherine Rouiller von Gunten als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen We zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureich in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psycholog Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankh nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich des Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifi Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIV (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13). ○ Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erf psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens lä Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anor fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebens Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutin die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen für des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ress schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bun einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemä entsprechenden Mehrkosten führen. • Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bun Kantonen angestrebt, einzudämmen.
--	--

Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich zu verhindern.
CRvG	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Ordnungsänderungen sowie die dazu vorgesehenen Massnahmen ungenügend. Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patientinnen und Patienten nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Finanzierung, sind entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung und damit zu einer Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung psychologischer Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen unter dem jetzigen Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen. Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für die psychisch Erkrankten zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität durch die Reduktion unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung geprüft wurden. Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen werden. Versorgungsverbesserung damit verfehlt. Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen erforderlich. Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Vernehmlassung erreicht werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die Behandlung psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss sichergestellt sein, dass der «anordnenden» Arzteschaft gewährleistet sein (Indikationsqualität). Kostendeckung gewährleisten

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Krisenintervalle auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Be...
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

b. Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag
CRvG	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i></p> <p><i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> <p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> <p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>
CRvG	Art.50	Abs.1	c	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine</i></p>	<p>Art. 50c Die Anzahl der Tätigkeiten</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie; b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. <p>Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab</p> <p>e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Begründung</p> <p>Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p>	<p>Die pos betrage psychot oder ein Organis anerkan Leitung Psychia</p>
--	--	--	--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> </div> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären</p>
--	--	--	--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharztstitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen</p>
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Veränderungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p>	
CRvG			<p>II</p> <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i></p> <p>1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.</p> <p>2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p> <p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> <p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab.</p> <p>Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p>	Übergang streichung	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Begründung</p> <p>Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.</p>	
CRvG					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

c. Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
CRvG	2,3,11	<p>Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</p> <p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System</p> <p>Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie /</p>	<p>Ich lehne die Art. 2, Art. 3 u</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharzttitle Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p> <p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosser Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p> </div> <p>Klinische Fachkompetenz erforderlich Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste</p>
--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den MedizinerInnen nicht einheitlich geregelt sind, für PatientInnen mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese PatientInnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise PatientInnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von PatientInnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasseten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p>	
CRvG			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

d. Weitere Vorschläge			e
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
CRvG		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	
CRvG		<p>Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern.</p> <p>(Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).</p>	Siehe Annex
CRvG			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bildererleben

Abkürzung der Firma / Organisation : SAGKB

Adresse : SAGKB, z.Hd. Frau Jeanette Wengler, Marktgasse 55, Postfach, 3000 Bern 7

Kontaktperson : Herr Dr. med. Hans Peter Graf

Telefon : 031 352 47 22

E-Mail : info@sagkb.ch

Datum : 04.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SAGKB	Die SAGKB lehnt die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form ab.
	<p>Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bildererleben begrüsst es, dass der Bundesrat die psychotherapeutische Versorgung verbessern möchte. In vielen Teilen der Schweiz gibt es eine Unterversorgung in unserem Fachbereich. Dies zeigt sich in langen Wartezeiten für eine Behandlung in vielen Teilen der Schweiz. Dass künftig Psychologen und Psychologinnen direkt über die Grundversicherung abrechnen können, erscheint uns deshalb sinnvoll. Jedoch sehen wir in der aktuellen Vorlage des Bundesrates grosse Mängel, auf die wir im Folgenden eingehen werden.</p> <p>Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen, die Einfluss auf die Qualität der Arbeit haben, ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie, vorgenommen wurden.</p> <p><i>Die SAGKB fordert eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i></p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SAGKB	50	1	c	<p>Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B).</p> <p>Mit der heutigen Regelung haben viele psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen.</p> <p>Da jedoch vor allem im Bereich von Menschen mit schwereren psychischen Störungen ein ausgeprägter Mangel besteht, begrüsst die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bildererleben eine Verbesserung der klinischen Ausbildung von Psychologinnen und Psychologen. Allerdings erachten wir die Forderung von lediglich nur einem Jahr zusätzlicher klinischer Erfahrung als unzureichend. Nicht nachvollziehbar erachten wir die Forderung des Bundesrates, dass ein Teil der klinischen Ausbildung nach Erlangen des eidgenössischen Weiterbildungstitels zu erfolgen hat.</p> <p>FORDERUNG der SAGKB: Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich</p>	<p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 4 Jahren, davon mindestens 2 Jahre in einer vom Schweizerischen Institut für Ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A. Die gesamten vier Jahre klinische Arbeit können bereits vor dem Erlangen des eidgenössischen Weiterbildungstitels erfolgen.</p> <p>...psychologische Psychotherapeut*innen</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p><i>psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wir fordern eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung auf insgesamt mindestens vier Jahre (als 100% gerechnet), wovon mindestens zwei Jahre in einem stationären oder teilstationären Setting in einer psychiatrischen Institution zu absolvieren sind. Mindestens 2 Jahre sollten in einer SIWF-anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut) erfolgen. Aus unserer Sicht können die gesamten vier Jahre klinische Arbeit bereits vor dem Erlangen des eidgenössischen Weiterbildungstitels erfolgen.</i></p> <p>Die SAGKB geht davon aus, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen im Erwachsenenbereich mit eigener Praxis als Folge des neuen Anordnungsmodelles massiv ansteigen wird mit dem Risiko einer undifferenzierten Mengenausweitung. Die SAGKB fordert, dass Bund und Kantone zur Kostenkontrolle Steuerungsinstrumente der psychologischen Praxen installiert, analog zur Zulassungssteuerung bei Arztpraxen.</p> <p>Die SAGKB unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</p>	
SAGKB			<p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Patienten zu behandeln, obwohl sie als Therapeutinnen und Therapeuten nur über mindestens zwei Jahre klinische Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art.11b KLV auch durch Ärztinnen und Ärzte, ohne Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p>	<p>Wenn ein Psychotherapeut*in die neuen Kriterien für eine selbständige Tätigkeit im Anordnungsmodell nicht erfüllt, kann dieser / diese keine angeordnete Therapie durchführen. Aber die Möglichkeit der Delegation bleibt für diese Therapeut*innen im Sinne einer Besitzstandswahrung weiter bestehen.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Die SAGKB erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p> <p>Die SAGKB fordert: Wenn ein Psychotherapeut, eine Psychotherapeutin die neuen Kriterien für eine selbständige Tätigkeit im Anordnungsmodell nicht erfüllt, kann dieser / diese keine angeordnete Therapie durchführen. Aber die Möglichkeit der Delegation bleibt für diese Therapeuten im Sinne einer Besitzstandswahrung weiter bestehen.</p> <p>Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologische Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt, der anordnenden Ärztin liegt.</p>	<p>...psychologische Psychotherapeut*innen die psychologische Psychotherapie in eigener Verantwortung durchführen.</p>
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
SAGKB	2, Abs. 1, Bst. b)	<p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig.</p> <p>Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose in erster Linie mittels klinischer Befunderhebung. Diese wird auch im Verlauf einer Behandlung mit den Patienten regelmässig klinisch überprüft und nach Bedarf angepasst. Gegebenenfalls können abhängig von Krankheitsbildern zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Die im Gesetzesentwurf geforderte regelmässige Anwendung solcher Tests für jeden Patienten würde jedoch einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort in den Praxen finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine analoge Erfolgsdiagnostik im klinischen Praxisalltag gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht, aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit nur in der Psychiatrie eingeführt und damit eine klare Diskriminierung psychisch Erkrankter gegenüber somatisch Erkrankten</p>	<p>STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche und die psychologische Psychotherapie</p> <p>...Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie</p> <p>...für alle Patient*innen würde jedoch...</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>darstellen. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken. In der Forschung sind Verlaufserhebungen ein wichtiges Thema, für ein Routinemonitoring sind diese jedoch nicht praktikabel. Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbaren Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.</p> <p><i>Sinnvoll wäre die Förderung eines interdisziplinären Qualitätsdiskurs unter Einschluss der wichtigsten Stakeholder inkl Psychiatrischen Vertretern, wie das Wissen um verbesserte Prozess-, Struktur- und Outcome-Methoden dezentral und unbürokratisch vermehrt zum Einsatz kommen können – sowohl unter der Ärzteschaft als auch in der Bevölkerung. Dies im Sinn von sowohl rechtlich notwendigem und therapeutisch sinnvollem Shared-Decision-Making (insbes. für Minderjährige) und schulenübergreifendem Qualitätsmanagement und unter Benutzung der allgemeinen Wirkfaktoren als mit wichtigsten Erfolgsfaktoren.</i></p> <p>FORDERUNG: Die SAGKB fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche und die psychologische Psychotherapie gestrichen wird.</p>	<p>...Therapeut*innen</p> <p>...Patient*innen</p>
--	---	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

SAGKB	Art. 3	<p>Kostenübernahme</p> <p>Der Entscheid, die Psychotherapie auf 30 Sitzungen zu verkürzen, ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar.</p> <p>Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes bei allen Beteiligten (Leistungserbringer, Kasse, Patient) einher, verbunden mit einer entsprechend unsinnigen Kostensteigerung in diesem Bereich. Forderung der SAGKB: <i>Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche und die psychologische Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>2. Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60' bei Einzeltherapien und von 105' auf 90' bei Gruppentherapien. Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht automatisch 60 Minuten.</p> <p>Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen, insbesondere Abklärung, Verhaltenstherapeutische Exposition bei Ängsten und Zwängen, Psychotherapien mit Dolmetschern usw. werden im Falle einer Reduktion verunmöglicht oder massiv erschwert; es kommt somit zu gravierenden qualitativen Einbussen.</p> <p>Eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung bzw. 90' pro Gruppentherapie fehlt. Diese Verkürzung kommt der Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Forderung der SAGKB: <i>Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche und die</i></p>	<p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 105 Minuten bei Gruppentherapien.</p>
-------	--------	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<i>psychologische Einzel-Psychotherapie bzw. 105 auf 90 Minuten für die Gruppen-Psychotherapie!</i>	
SAGKB	Art. 11b, Bst. a.	<p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikationsstellung bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die Fachärztin, der Facharzt muss in jedem Fall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vorzunehmen.</p> <p>FORDERUNG der SAGKB: Die SAGKB verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können. Denkbar ist, dass Hausärzte und Gynäkologen die ersten 10 Stunden direkt anordnen können. Wenn nach diesen 10 Therapiestunden ein weiterer Therapiebedarf besteht, die weitere Anordnung durch Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) zu erfolgen hat.</p>	<p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und -psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis „Psychosomatische und psychosoziale Medizin“ (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und -psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis „Psychosomatische und psychosoziale Medizin“ (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis „Anordnung Psychotherapie“.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		FORDERUNG der SAGKB: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die SAGKB die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“.	
SAGKB	Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5	Berichterstattung gegenüber der Krankenkasse: Die Verlaufsberichte nach 40 Stunden zu Händen der Krankenkasse müssen vom behandelnden Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin erstellt werden und nicht vom anordnenden Arzt. Der Antrag an die Krankenkasse erfolgt dann durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin. Der behandelnde Psychotherapeut bzw. Psychotherapeutin ist die einzige Person, welche im intensiven Austausch und Vertrauensverhältnis mit dem Kind oder Jugendlichen und dessen relevanten Bezugspersonen steht und so alle zur Verlaufsbeurteilung notwendigen Informationen wirklich bekommt. Es macht daher keinen Sinn, dass eine Drittperson über die Behandlung einen Bericht schreibt.	Die Verlaufsberichte nach 40 Stunden zu Händen der Krankenkasse müssen vom behandelnden Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin erstellt werden. Der Antrag erfolgt dann durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
SAGKB		<p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung eine viel zu lange Zeitspanne. Die Implementierung einer Begleitforschung ist zwingend!</p> <p>FORDERUNG der SAGKB: Die SGPP ist in die Evaluation und in eine zwingend zu implementierende Begleitforschung über die psychiatrische, biopsychosoziale Gesundheit der Minderjährigen über alle Regionen der Schweiz mit einzubeziehen.</p>	<p>Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung.</p>
SAGKB		<p>I. ANZAHL ANORDNUNGEN PRO KRANKHEITSFALL</p> <p>Folgende Fragen sind ungeklärt: Wie viele aufeinanderfolgende Anordnungen wird eine Ärztin, ein Arzt bei der gleichen Patientin, beim gleichen Patienten veranlassen können? 3 Anordnungen entsprechen 45 Sitzungen, d.h. einem Behandlungszeitraum von ca. einem Jahr?</p> <p>Ist der Arzt, die Ärztin bereit, bei Notwendigkeit auch 10 oder mehr Anordnungen zu schreiben für dieselbe Patientin bzw. denselben Patienten, z.B. bei schweren und chronischen Störungen?</p> <p>Wirtschaftlichkeitskontrolle: Welche Auswirkungen hat die anordnende Ärztin / der anordnende Arzt zu gewärtigen, wenn sie / er im Vergleich zu Kolleginnen und Kollegen deutlich mehr Psychotherapien anordnet, d.h. mehr Therapien und somit mehr</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		Kosten veranlasst?	
SAGKB		<p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.</p>	<p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Möglichkeit der Delegation bleibt für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, die bisher in Delegation gearbeitet haben, im Sinne einer Besitzstandswahrung weiter bestehen.</p>

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT-GEF
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG						TG
CC						UV
Int	20. Sep. 2019 }					
RM						
GB						
GeS						
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Kilchberg, 19. September 2019

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend

Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

und

Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Die Sanatorium Kilchberg AG nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Die Sanatorium Kilchberg AG lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und

mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene* psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «**In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.**».

Formal will der Bundesrat mit den Ordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Die Sanatorium Kilchberg AG als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigrschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.
- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

- 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**
Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).
- 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**
Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).
- 3. Kostendeckung gewährleisten**
Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt

werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten. Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC
Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Wir lehnen Art. 46 g. ab

~~*g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder*~~

~~einor anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- | |
|--|
| <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |
|--|

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinspsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel

besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG0 gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab.

Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02

«nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: *«Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und **-psychotherapie** nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert. Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit

leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmtesten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Wir bieten Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen


Peter Hösly
Direktor


Dr. med. René Bridler M.H.A.
Ärztlicher Direktor

(ANNEX: Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Natel: +41 79 957 33 53
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV.....	Invalidenversicherung
KLV.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	Medizinalberufekommission des BAG
MTK.....	Medizinaltarifkommission
MV.....	Militärversicherung
OKP.....	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.....	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM.....	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP.....	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP.....	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC.....	Swiss Mental Health Care
SUVA.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED.....	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS.....	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC.....	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?	11
2.3	Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlanreize und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMCH) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassete Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

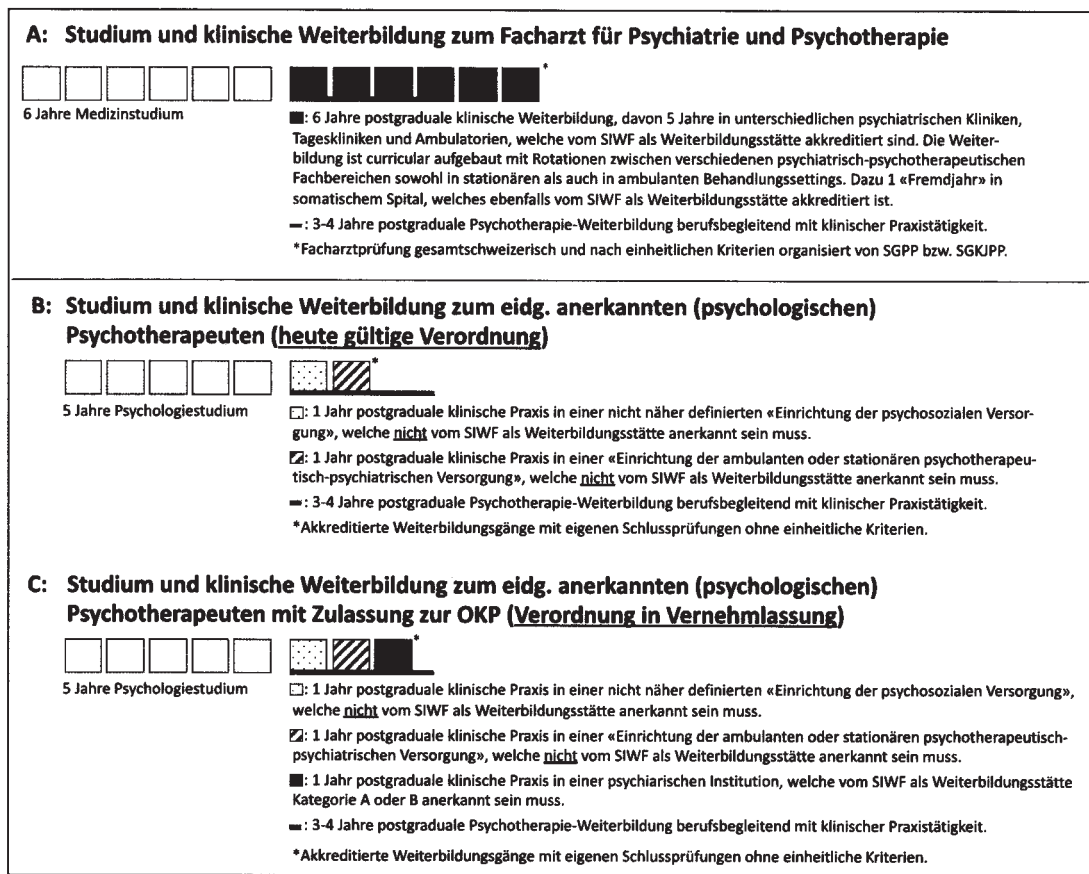


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11. 2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Facharztkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arzt Diplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärzttestatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

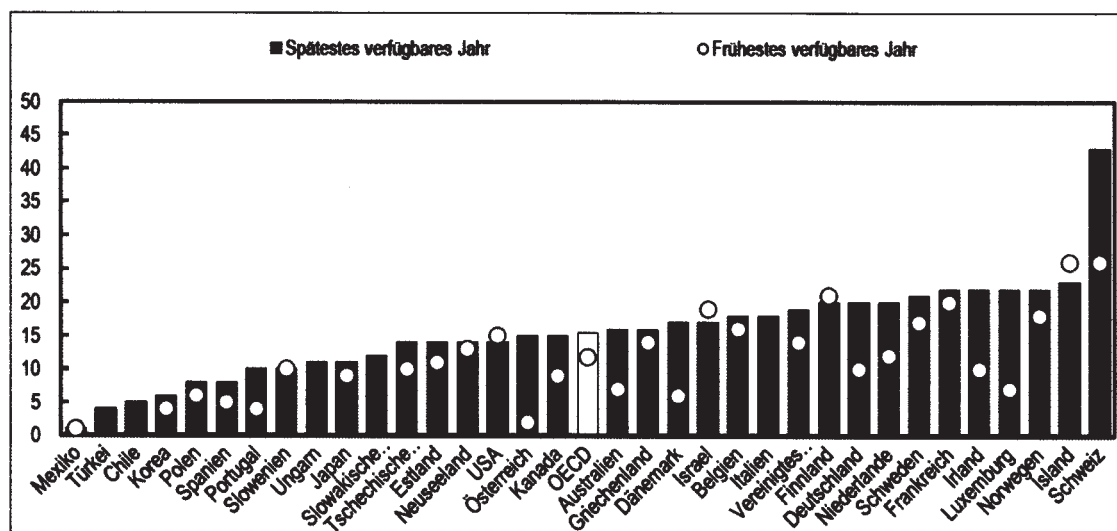


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

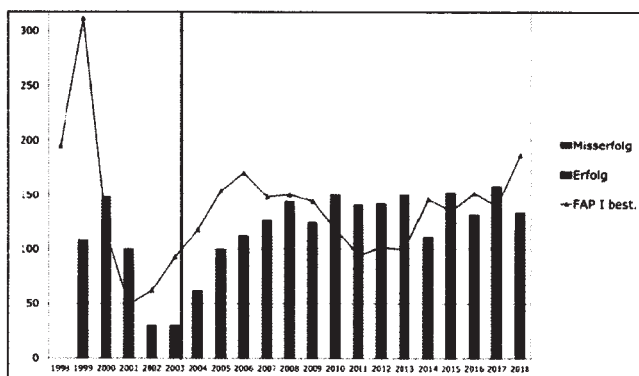


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärzttestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerzttestatistik/fmh-aerzttestatistik.cfm#i131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

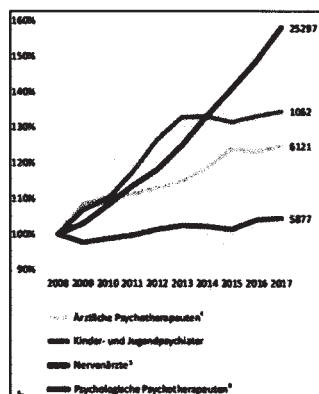


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

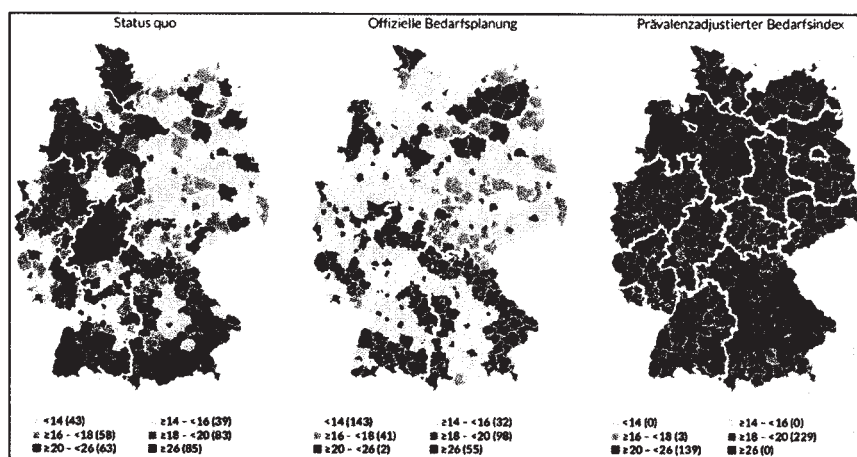


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermaßen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedürfnis orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungs-gängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

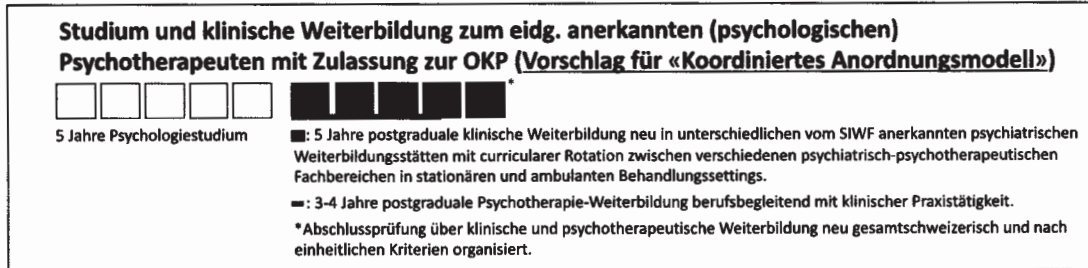


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

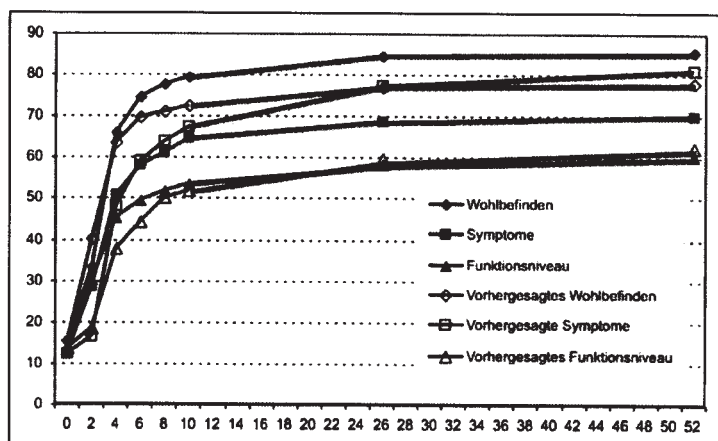


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsystem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsystem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihrer Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

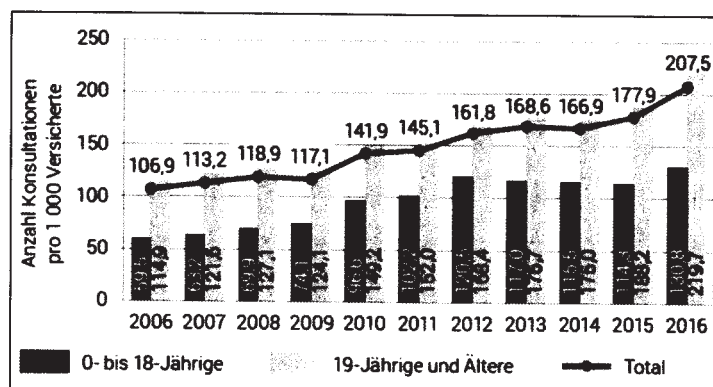


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Verordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Jean-Daniel SAUVANT, Facharzt f. Psychiatrie & Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Thunstrasse 111, 3006 Bern

Kontaktperson : dito

Telefon : 031 372 46 36

E-Mail : sauvant@hispeed.ch

Datum : 17.Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.10.2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Ich lehne die vorgeschlagene Änderung der KVV und der KLV ab und lade die zuständigen Instanzen des EDI dringend ein, in Zusammenarbeit mit der FMMP und anderen fachkompetenten Vertreter/innen eine Revision zu erarbeiten, die den vom EDI angeführten Zielen (= Verbesserung der Gesundheitsversorgung) auch tatsächlich entspricht.</p>
	<p>Zu meiner Person: Es scheint mir dem Leser/der Leserin dieser Stellungnahme gegenüber angebracht, etwas zu meiner Person zu sagen, um die Basis meiner Stellungnahme deutlich zu machen. Ich bin Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und arbeite seit 27 Jahren in freier Praxis. Daneben bin ich auch regelmässig als Dozent für angehende FachärztInnen f. Psychiatrie und Psychotherapie sowie für angehende psychologische PsychotherapeutInnen tätig. Zuvor habe ich in zwei psychiatrischen Universitätskliniken als Oberarzt gearbeitet und dabei u.a. eine Kriseninterventionsstation geleitet. Zum Thema Krisenintervention habe ich auch publiziert. Seit ca. 27 Jahren bin ich in den Fachgesellschaften f. Psychiatrie Und Psychotherapie aktiv, so während 9 Jahren als Präsident einer kantonalen Fachgesellschaft und seit Schaffung der Versicherungskommission der FMPP deren Mitglied. In diesem Rahmen habe ich anlässlich der letzten Revisionen der KLV 2007-2009 die Schaffung einer paritätischen Kommission zwischen der FMPP und der Schweiz. Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte angeregt; seit deren Gründung bin ich Mitglied dieser paritätischen Kommission, die sich mit allen Fragen um die Handhabung der Art. 2 und 3 KLV sowie Fragen der Leistungspflicht im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie auseinandersetzt. Ich war überdies in den Jahren 1993-96 Vertreter der SGPP bei den damaligen Verhandlungen von SGPP/SGKJPP, FSP, SPV und FMH zum Thema der Anordnung von psychologischer Psychotherapie und habe dieses Thema damals eingehend bearbeitet.</p>
	<p>Zum Revisionsentwurf KVV / KLV (Anordnungsmodell): Die vorgeschlagenen Änderungen, d.h. die Zulassung von PsychologInnen zur selbständigen psychologischen Psychotherapie im Rahmen der Grundversicherung auf Anordnung von verschiedenen FachärztInnen (Allg. innere Medizin, Pädiatrie, Neurologie, Gynäkologie sowie Kinder-/Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie) hin, wird die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen in der Schweiz nicht verbessern, sondern lediglich zu einer Mengenausweitung und somit zu einer Steigerung der Gesundheitskosten führen. Die AutorInnen des Revisionsvorschlages sind sich dessen offensichtlich bewusst, da in der Botschaft des BAG wiederholt davon die Rede ist, es könnte zu «ungerechtfertigten Mengenausweitungen» kommen. Allerdings stellen die verschiedenen Einschränkungen, die im Revisionsentwurf vorgeschlagen werden, um solchen Mengenausweitungen vorzubeugen, untaugliche Mittel dar.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Die Versorgung von psychisch kranken Menschen darf in der Schweiz heute als gut bis sehr gut bezeichnet werden, wie dies nota bene im Botschaft des BAG im Rahmen dieser Vernehmlassung auch festgehalten wird. Dabei muss mit Nachdruck betont werden, dass in nahezu allen Berichten zu dieser Frage zwei entscheidende Faktoren undefiniert und daher auch unbezifferbar bleiben: Ich meine damit den sog. «Schweregrad» einer psychischen Krankheit und – damit auf komplexe Art verbunden – die Behandlungsindikation bzw. die reale Behandelbarkeit einer festgestellten psychischen Krankheit. Diese Faktoren sind in der Psychiatrie/Psychotherapie naturgemäss weit schwieriger zu erfassen als in allen übrigen Bereichen der Medizin. Gerade deshalb ist der fehlende Einbezug der in dieser Frage kompetenten psychiatrischen Fachgesellschaften (FMPP) bei der Erarbeitung der vorgeschlagenen Revision nicht nur stossend, sondern absolut unverständlich. Dies legt die Vermutung nahe, dass die vorgeschlagene Änderung von KVV und KLV nicht sachlich, sondern politisch begründet ist.</p> <p>Alle vorgeschlagenen Änderungen laufen in der Tat darauf hinaus, die grundlegenden Unterschiede zwischen FachärztInnen f. Psychiatrie und Psychotherapie einerseits und psychologischen PsychotherapeutInnen andererseits zu verwischen, was sich letzten Endes auf die Versorgung von psychisch kranken Menschen negativ auswirken wird, und dies bei deutlich höheren Mehrkosten als den geschätzten 100 Millionen Franken. Als einfachste Illustration ist hier die Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung zu nennen. Die oben genannten ÄrztInnen, die keinen psychiatrisch-psychotherapeutischen Facharztstitel besitzen, sind naturgemäss nicht in der Lage, die Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung kompetent, d.h. professionell zu stellen. Dies ist nicht etwa eine Kritik an diesen KollegInnen, sondern eine Tatsache. Ich habe selber in meiner Ausbildung mehr als ein Jahr auf der Chirurgie gearbeitet (also deutlich mehr, als die allermeisten der erwähnten KollegInnen je in Psychiatrie und Psychotherapie ausgebildet wurden) und sogar kleinere Eingriffe selbständig durchgeführt. Dennoch würde ich nie die Kompetenz zur Indikation von solchen Eingriffen beanspruchen. Dies wäre fachlich unseriös und genau das trifft auf die geplanten Änderungen zu. Von der fachlich kompetenten Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung wird aber abhängen, ob die knappen finanziellen Mittel unseres Gesundheitssystems adäquat und zielführend eingesetzt werden. Bereits heute obliegt es mir als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, <i>Störungen der Befindlichkeit</i>, die keine Krankheit im eigentlichen Sinne darstellen und somit zu keiner Leistungspflicht im Rahmen des KVG führen, von <i>psychischen Störungen mit Krankheitswert</i> zu unterscheiden. Es gibt aber nicht wenige Situationen, in denen diese Unterscheidung im Rahmen von ein oder zwei Konsultationen nicht abschliessend möglich ist. Dies bedeutet, dass ÄrztInnen ohne entsprechende Fachkenntnis und Erfahrung in der Mehrzahl der Fälle die Indikation zur Behandlung unprofessionell und damit häufig falsch stellen würden. Dies würde nicht nur unbegründete Mehrkosten generieren, sondern immer wieder zu Gefährdungen von PatientInnen führen: Nicht ärztlich ausgebildete PsychotherapeutInnen sind nicht in der Lage, somatische Ursachen und/oder Verstärker von psychischen Störungen zu erkennen. Damit ist noch nicht einmal erwähnt, dass die Indikation (oder Kontraindikation) und gegebenenfalls adäquate Dosierung von Psychopharmaka in einem Tandem von Arzt ohne psychiatrisch-psychotherapeutische Kompetenzen und psychologischem Psychotherapeuten ohne medikamentöse</p>
--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Kompetenzen nicht möglich ist. Dabei ist zu betonen, dass Psychopharmaka nicht etwa nur in integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen (IPPB) eine zentrale Rolle spielen können, sondern ebenso sehr in Psychotherapien im engeren Sinne. Da im angedachten Anordnungsmodell die psychologischen PsychotherapeutInnen nicht mehr örtlich nahe am anordnenden Arzt arbeiten würden, wären die Risiken solcher Schnittstellen gross, was gerade in Bezug auf Indikation und Kontrolle des Einsatzes von Psychopharmaka zur Gefährdung von PatientInnen führen könnte.</p> <p>Die Verwischung des Unterschiedes zwischen FachärztInnen f. Psychiatrie & Psychotherapie und psychologischen PsychotherapeutInnen: Niemand wird bestreiten, dass die Aus- und Weiterbildung der beiden Berufsgruppen grundlegende Unterschiede aufweist, die hier als bekannt vorausgesetzt und bei den einzelnen Artikel in der Folge z.T. beschrieben werden. Dennoch liest sich der vorliegende Revisionsentwurf und die dazu gehörende Botschaft so, als wäre dieser Unterschied im Bereich der Psychotherapie im engeren Sinne nicht so grundlegend. Der Wechsel vom Delegationsmodell, das ohne Zweifel Mängel aufweist, zum Anordnungsmodell stellt einen sehr grossen Schritt dar und reduziert den Unterschied zwischen ärztlicher und psychologischer Psychotherapie auf formale Kriterien wie Anordnung und Sitzungszahl bis zur Berichterstattung. Verloren geht dabei implizit die <i>Integration verschiedener Kompetenzen</i> bei der Arbeit der Fachärztin f. Psychiatrie und Psychotherapie, die in der ärztlichen Psychotherapie i.e.S. ebenso enthalten sind wie in der sog. integriert psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Diese verschiedenen Fachkompetenzen (psychiatrische, psychopharmakologische, medizinische und psychotherapeutische) eines Facharztes können durch das Zusammenspiel von örtlich unabhängigen FachärztInnen ohne psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbildung mit psychologischen PsychotherapeutInnen nicht aufgewogen werden. Dem juristischen Grundsatz, wonach Gleiches gleich und Ungleiches ungleich behandelt werden soll, wird im vorliegenden Entwurf nicht angemessen Rechnung getragen. Eine wichtige und bedenkliche Folge, die sich aus der Umsetzung dieses Revisionsentwurfes mittel- und längerfristig ergeben würde, ist die weitere Einbusse an Attraktivität des Fachs Psychiatrie und Psychotherapie bei angehenden ÄrztInnen. In der Tat: Wenn sich ein junger Mensch für die Behandlung von psychisch Leidenden interessiert, wird er den deutlich beschwerlicheren Weg der ärztlichen Ausbildung kaum aufzunehmen bereit sein, wenn die erworbenen Fähigkeiten am Ende in der Praxis keine Anerkennung finden. Genau das aber wäre die Folge der Verwischung der Unterschiede zwischen ärztlicher und psychologischer Psychotherapie im vorliegenden Revisionsentwurf.</p>
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	50c	1	c	<p>Im vorliegenden Entwurf wird nach Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B) verlangt. Dieses eine Jahr ist im Hinblick auf die geplante Änderung (selbständige Tätigkeit zulasten der OKP) absolut unzureichend, was der Vergleich mit der Weiterbildung der FachärztInnen f. Psychiatrie und Psychiatrie eklatant darlegt. Die Konstruktion des Anordnungsmodells ist gerade deshalb irreführend, weil damit auf dem Papier der (falsche) Eindruck erweckt wird, die Kombination anordnende Ärztin + psychologischer Psychotherapeut sei punkto Therapie für viele PatientInnen der Behandlung durch eine Fachärztin f. Psychiatrie und Psychotherapie ebenbürtig, obschon im ersten Fall die Kompetenzen zur Behandlungsindikation an sich und die Beurteilung einer allenfalls notwendigen Medikation fehlen.</p> <p>Aus diesem Grund müsste die Weiterbildungszeit und die Qualität dieser Weiterbildung für psychologische PsychotherapeutInnen deutlich erhöht werden, wenn man das Anordnungsmodell in</p>	<p>«...eine klinische Erfahrung von mindestens 3 Jahren in einer anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Krankheitsspektrum).»</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>sich konsistent gestalten wollte. Mit Qualität ist hier gemeint, dass die Erfahrung in verschiedenen Gebieten innerhalb der Psychiatrie und Psychotherapie zwingend gefordert werden müsste, um dieses Anordnungsmodell zu begründen. Genauer müsste dies in Zusammenarbeit mit der FMPP definiert werden, eine reine Zeitangabe greift hier zu kurz.</p> <p>Zudem muss, wenn man dieses Anordnungsmodell einführen möchte, zwingend ein Regulationsmechanismus eingeführt werden, sei es ein Numerus clausus für psychologische Psychotherapie oder eine Zulassungsbeschränkung. Diese Regulation soll die unweigerliche Mengenausweitung begrenzen helfen, wie dies auf ärztlicher Ebene bereits der Fall ist.</p> <p>ANREGUNG: Es muss eine Kommission geschaffen werden, in der die FMPP als kompetente Fachgesellschaft für den Bereich der gesamten Psychiatrie und Psychotherapie gebührend vertreten ist, die eine fachlich begründete Antwort auf diese Frage formuliert (Weiterbildung, Zulassungssteuerung).</p>	
	52d	d	Welche Einrichtungen, die dem Tätigkeitsbereich der psychologischen Psychotherapie entsprechen und über	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				die psychologische PsychotherapeutInnen verfügen, sind hier gemeint?	
		II		<p>Übergangsbestimmungen Das Ansinnen, allen Personen, die heute den Weiterbildungstitel psychologische Psychotherapie besitzen die Bewilligung zu erteilen, ohne zusätzliche Weiterbildung (Art. 50c 1 c KVV) auf ärztliche Anordnung hin selbständig arbeiten zu können, ist fachlich unseriös und widerspricht dem Gedanken der sicheren Gesundheitsversorgung. Es widerspricht auch einem grossen Teil der in der Botschaft zum Entwurf angeführten Argumente für eine Unbedenklichkeit des Anordnungsmodells.</p>	Streichung von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
	2, Abs. 1 b	Der Vorschlag einer «Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten» ist fachlich nicht begründet und huldigt einem einseitigen Wissenschaftsglauben, welcher von der Praxis der ambulanten (Psychiatrie und) Psychotherapie weit entfernt ist. Hier wird versucht, im Verordnungstext eine fachliche Ebene einzuführen, die heute bereits durch die praktische Anwendung der bestehenden Art. 2 und 3 KLV abgedeckt wird. Aus Sicht des erfahrenen Psychiaters und Psychotherapeuten steht fest, dass die Einführung einer solchen «Diagnostik» nur Mehrkosten für PatientInnen und Versicherer und sinnlose Mehrarbeit für die betroffenen PsychotherapeutInnen zeitigen würde. Dies hätte keine	Streichung von Art. 2, Abs. 1 b

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Verbesserung, sondern eine Verschlechterung der Gesundheitsversorgung zur Folge und zwar durch Verlust an Behandlungskapazität. Schon der Begriff «validierte Instrumente» macht deutlich, woher diese unglückliche Idee stammt, nämlich aus der Forschung. Forschung ist ohne Zweifel absolut notwendig und gerade im Bereich der Psychotherapie extrem anspruchsvoll. Aber Forschungsinstrumente gehören nicht in den Behandlungsalltag der ambulanten Praxis, nota bene in keinem medizinischen Fachbereich. Wir leben und praktizieren zudem in der Schweiz zum Glück mit Überzeugung die Methodenvielfalt der Psychotherapieverfahren, die der Vielfalt von PatientInnen mit psychischen Störungen entspricht. Die vorgeschlagene «Diagnostik» wäre auch auf dieser Ebene sehr schädlich und der Behandlungsqualität abträglich. Wer die aktuelle Praxis kennt, weiss, dass genau diese Fragen, also Einstiegsbeurteilung, Verlauf und «Erfolgsbeurteilung», in Anwendung der gültigen Art. 2 und 3 KLV bereits heute praxisnah umgesetzt werden.</p> <p>Die Idee einer «Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten» lässt zudem erkennen, dass den Autoren dieses Entwurfs klar bewusst ist, zu welcher unvorhersehbarer Mengenausweitung die geplante Revision KVV/KLV führen würde. Es wäre aber für unser im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie gut funktionierendes Gesundheitssystem fatal, auf einen Schlag viele fachlich weniger gut qualifizierte PsychotherapeutInnen zuzulassen und dieses Risiko nachträglich durch unbegründete Hemmnisse eindämmen zu suchen. Ein bildlicher Vergleich wäre hierzu, dass man eine Stauwand in einem Mal zurückbaut und als Ersatz im weiteren Flusslauf an unpassenden Stellen Schwellen einbaut. Die 2009 revidierten Art. 2 und 3 KLV haben seit 10</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Jahren ihre Praxistauglichkeit immer wieder unter Beweis gestellt und deren Anwendung wird in der paritätischen Kommission von FMPP und SGV (Schweiz. Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte) fortlaufend beobachtet und diskutiert. Letzteres geht nota bene genau in die Richtung der Empfehlungen, die nach der Begleituntersuchung zur KLV-Revision von 2007 gemacht wurden (s. Bericht «evaluanda», Okt 2008).</p>	
	<p>Art. 3</p>	<p>Kostenübernahme Die geplante Reduktion von 40 auf 30 Sitzungen in Art. 3 KLV ist eine weitere Massnahme, die allein ökonomisch, also nur zur Eindämmung der vor auszusehenden Mengenausweitung infolge des angedachten Anordnungsmodells begründet werden kann. Sie entbehrt der fachlichen Grundlage und das unter Art. 2 Abs. 1 b Ausgeführte gilt hier sinngemäss. Bereits in den allgemeinen Bemerkungen habe ich beschrieben, dass im vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Verwischung der Unterschiede zwischen FachärztInnen f. Psychiatrie und Psychotherapie einerseits und psychologischen PsychotherapeutInnen andererseits vorangetrieben wird und dargelegt, warum sich dies negativ auf die Gesundheitsversorgung auswirken würde. Nun stützt sich die Botschaft des BAG auf eine Strukturhebung der FSP von 2012, um die durchschnittliche Sitzungszahl von Psychotherapien zu definieren. Eine (einzige) solche Erhebung muss wissenschaftlich als ungenügende Basis bezeichnet werden. Zudem wären weitere, spezifischere Angaben unabdingbar, um die Aussagekraft dieser Feststellung zu beurteilen. Auf jeden Fall stellt diese Untersuchung keine fachliche Argumentation dar, um eine Reduktion der Sitzungszahl bis zur Berichterstattung von 40 auf 30 zu rechtfertigen. Dies würde im Gegenteil sehr viele unnötige</p>	<p>Bestehenden Text von Art 3 KLV unverändert beibehalten: «Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen.» Keine Minutage auf Ebene der KLV</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>administrative Arbeit, also Mehrkosten verursachen wegen der Vielzahl von Behandlungen, die zwischen der 30. und 39. Sitzung natürlicherweise beendet würden. Zudem und einmal mehr: Wenn die Indikation zu Beginn einer Psychotherapie von fachkundigen ÄrztInnen gestellt wird, wird das Risiko, nach 30 Sitzungen eine unzutreffende Indikation feststellen zu müssen, sehr gering sein.</p> <p>Das Ansinnen, auf Ebene der KLV eine Minutage der Therapiesitzungen einzuführen, ist willkürlich, fachlich nicht begründet und inadäquat. Was die ärztliche Psychiatrie und Psychotherapie betrifft, wird der Zeitrahmen von Therapiesitzungen im Tarmed definiert. Wollte man das Anordnungsmodell einführen, so wäre auch hier in einem eigenen psychologischen Tarif der Zeitrahmen von Therapiesitzungen festzulegen. Die KLV ist die falsche Ebene, um die Dauer von Therapiesitzungen definieren zu wollen. Solche Fragen sind in Tarifbestimmungen festzuhalten.</p> <p>Folgerung: Die Anzahl Sitzungen vor einem Bericht an den Vertrauensarzt muss bei 40 Sitzungen belassen werden. Der Zeitrahmen einer Therapiesitzung ist nicht in der KLV festzulegen, sondern im Falle der Einführung des Anordnungsmodells in Tarifbestimmungen. Für FachärztInnen ist dies aktuell der Tarmed; für psychologische PsychotherapeutInnen müsste dies in einem gesonderten Tarif erfolgen.</p>	
	<p>Art. 11b, Abs. 1 a</p>	<p>Anordnung i.e.S. Um eine psychologische Psychotherapie bei einem selbständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten anzuordnen, bedarf es ohne Zweifel psychiatrischer und psychotherapeutischer Fachkenntnisse. Psychiatrische Fachkenntnisse bedeutet: a) Wissen und Erfahrung in Bezug</p>	<p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie oder in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie;</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>auf psychiatrische Krankheitsbilder, b) Wissen und Erfahrung in Bezug auf körperliche Erkrankungen, die sich in psychischen Symptomen äussern können und c) Wissen und Erfahrung in Bezug auf den Einsatz von Psychopharmaka. Ohne diese Kenntnisse könnte eine Anordnung nicht fachgerecht und verantwortlich erfolgen. Der vorliegende Entwurf trägt dieser unbestreitbaren Tatsache aber nicht Rechnung. Dadurch würde eine Anordnung da zur Farce, wo ein Arzt ohne die beschriebenen Fachkenntnisse eine psychologische Psychotherapie anordnen würde. Allerdings würde dies auch der ganz offen deklarierten Ansicht der FSP entsprechen, indem die FSP die Meinung vertritt, psychologische PsychotherapeutInnen bedürften aus fachlicher Sicht gar keiner Anordnung durch einen Arzt. Die FSP begrüsst die Anordnung nur als ein vorübergehend in Kauf zu nehmendes Übel (s. homepage der FSP) und betrachtet das Prinzip der Anordnung einzig als administrative Formalität, wodurch aber diese Anordnung zur Karikatur verkommt. Die Tatsache, dass bisher auch einzelne delegierende FachärztInnen die Delegation in einem solchen Sinne <i>nicht</i> ernstgenommen haben, macht die Sache nur noch deutlicher: Wenn ein Anordnungsmodell eingeführt werden soll, dann muss es von Beginn an fachlich überzeugend gestaltet werden. Das ist im vorliegenden Entwurf nicht gegeben. Die Anordnung einer psychologischen Psychotherapie muss zwingend durch einen Facharzt f. Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen, allenfalls durch einen Arzt mit einem zusätzlichen Fähigkeitsausweis, SAPPm oder schlicht einem zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung psychologische Psychotherapie».</p>	<p>Allenfalls vorstellbar:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPm) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung psychologische Psychotherapie».</p>
--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	Art. 11b, Abs. 2 & 3	Wie für Art. 3 KLV gilt auch hier, dass die Minutage von Therapiesitzungen nicht in der KLV definiert werden soll (siehe meine Begründung oben unter Art. 3 KLV)	Minutage der Sitzungen streichen in Art. 11b, Abs. 2 und 3: «2 Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen.» «3 Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Sitzungen.»
	Art. 11b, Abs. 4	Berichterstattung an und durch die anordnende Ärztin Dieser Absatz des Entwurfs macht die oben gemachten Erläuterungen nochmals deutlich: Damit die anordnende Ärztin aufgrund eines Berichtes der Psychologin eine Beurteilung und allenfalls erneute Anordnung aussprechen und verantworten kann, muss sie zwingend psychiatrische und psychotherapeutische Fachkenntnisse besitzen. Sonst sind diese Bestimmungen leere Worthülsen und das Anordnungsmodell an sich unglaubwürdig. Dabei müsste auch im Text (Art. 11b, Abs. 4) erwähnt werden, welche Angaben in diesem Bericht notwendigerweise enthalten sein müssen.	Art. 11b, Abs. 4 «Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht. Dieser Bericht muss enthalten a) Art der Erkrankung, b) Setting und bisheriger Verlauf der Behandlung, c) Vorschlag für die weitere Behandlung.»
	II	Die Übergangsfrist von 12 Monaten ist in Bezug auf die Praxis der Psychotherapie eindeutig zu kurz.	«Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum)»

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
	Botschaft des EDI zum Revisionsentwurf	Auf Seite 14 der Botschaft zum Revisionsentwurf wird beschrieben, dass das BAG in Anwendung von Art. 32 KVV zur Überwachung und Evaluation dieser geplanten Revision eine Wirkungsanalyse durchführen will. Dabei ist von einer Evaluation nach 5 Jahren die Rede. Dieser Zeitraum ist viel zu lang bemessen. Die Planung der Evaluation sollte bei allfälliger Inkraftsetzung der geplanten Revision bereits fortgeschritten sein und spätestens 2 Jahre nach Inkrafttreten müssten erste Ergebnisse vorgelegt werden können. Der Beizug von ExpertInnen aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie müsste hierbei in Zusammenarbeit mit der FMPP und VertreterInnen der psychologischen PsychotherapeutInnen erfolgen.	Bei Einführung des Anordnungsmodells müsste eine erste Ergebnisevaluation dieser veränderten Verordnungen spätestens zwei Jahre nach der Einführung erfolgen und danach kontinuierlich wiederholt werden. Diese Evaluation müsste mit praxiserfahrenen ExpertInnen wissenschaftlich glaubwürdig durchgeführt werden.
		Bern, 17.10.2019	Dr. med. J-D. Sauvant

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Scherrer Andreas

Abkürzung der Firma / Organisation : Eidg. anerkannter Psychotherapeut

Adresse : Obere Haitiweiden 4, 5642 Mühlau

Kontaktperson : do.

Telefon : 079 447 80 40

E-Mail : as.as@bluewin.ch

Datum : 17.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Scherrer Andreas Error! Reference source not found.	Was meines Erachtens im Verordnungsentwurf fehlt bzw. nicht genügend geklärt ist: Die Regelung der Situation von bisher angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in privaten oder öffentlichen Institutionen/Organisationen bzw. von bisher in der Form von delegierter Psychotherapie arbeitenden Fachpersonen. -> Es muss weiterhin möglich sein, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Es gibt m.E. fachlich keine Begründung, weshalb dies nicht auch zukünftig möglich sein sollte. Vielen Dank.
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Praxis Dr. med. Peter Schindler

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Eulerstr. 17

Kontaktperson : Peter Schindler

Telefon : 061 272 72 72

E-Mail : mail@peterschindler.ch

Datum : 09.09.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	DIE PRAXIS DR. MED. PETER SCHINDLER LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB.
	Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden. <i>Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	50	1	c	<p>Psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B). Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen. Vor allem haben die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch keine Erfahrungen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Folglich werden sich die Psychologinnen und Psychologen in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren. In diesem Bereich werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots sorgen. Das wird zu einer deutlichen Kostenausweitung im Gesundheitswesen führen (weit höher als die postulierten 100 Mio.), <u>ohne</u> entsprechende</p>	<p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 3 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmезwang mit breitem Krankheitsspektrum).</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung wird nicht behoben werden, hingegen wird es zu einer Fehlversorgung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Sie werden grosse Mühe</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten (vgl. auch Bemerkung weiter unten Art. 2, Abs. 1, Bst. b) KVV)</p> <p>Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p><i>FORDERUNG:</i> Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wie bereits früher schon, fordern wir eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf <u>zwei</u> Jahre. Zusätzlich unterstützen wir im aktuellen Verordnungsentwurf die Forderung nach einer zusätzlichen 12-monatigen klinischen Erfahrung nach Erlangen eines eidgenössischen Weiterbildungstitels. Diese sollte allerdings zwingend in einer SIWF- anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut) erfolgen, denn ausschliesslich SIWF- anerkannte Institutionen der</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p><i>Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmepflicht und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</i></p> <p><i>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die , dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</i></p> <p><i>Die Praxis Dr. med. Peter Schindler unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</i></p>	
			<p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Personen zu behandeln, obwohl sie als Therapeuten nur über ein Jahr klinischer Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art.11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Die erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der</p>	<p>STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
	2, Abs. 1, Bst. B)	<p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig.</p> <p>Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Gegebenenfalls können, abhängig vom Krankheitsbild, zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat.</p> <p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, präferiert doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der</p>	<p>STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbar Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.</p> <p>Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> <p><i>FORDERUNG: Die Praxis Dr.med. Peter Schindler fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</i></p>	
	Art. 3	<p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der Verordnungsänderung zu erwartenden Mengenausweitung als Argument einer kostendämpfenden Massnahme zu dienen.</p> <p>Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken und sind eine Beeinträchtigung für die Therapie (Stichworte Vertrauensbildung und Sicherheit).</p> <p>Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine</p>	<p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher, ohne erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. –zahler.</p> <p>FORDERUNG: <i>Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p> <p>FORDERUNG: <i>Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</i></p>	
	Art. 11b, Bst. A.	<p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische</p>	<p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.</p> <p><i>FORDERUNG: Die Praxis Dr. med. Peter Schindler verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</i></p> <p><i>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</i></p>	<p>Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p>
	<p>Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5</p>	<p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen</p> <p>«Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht... der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin»</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		Wie kann die Ärztin, der Arzt objektiv urteilen ohne Einbezug in die Therapie? Wie kann sie oder er urteilen ohne vertiefte Kenntnisse bzw. ohne entsprechende Erfahrung und Ausbildung in der Behandlung von psychischen Krankheiten ? Wie könnte dann die Ärztin, der Arzt unter diesen Bedingungen den Antrag zur Fortsetzung der Psychotherapie fundiert stellen, ohne Beeinflussung durch die Psychologin oder den Psychologen, deren/dessen Bericht mit dem formalem Antrag mitgeschickt wird?	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
		<p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) durchzuführen ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung betrachtet eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend!</p> <p>FORDERUNG: Die SGPP und die SGKJPP sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.</p>	<p>Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung!</p>
		<p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.</p>	<p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).</p>
		<p>Die Inhalte der Verordnungsänderungen ebenso wie deren gesundheitspolitischen wie auch finanziellen Auswirkungen scheinen zu wenig reflektiert. Enorm problematisch ist die inhärente Botschaft, dass psychiatrische Störungen behandlungsmässig in die Nähe von somatischen Beschwerden</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		gerückt werden, die mit eine, zwei oder auch drei Anordnungen für x Sitzungen adäquat behandelt werden können. Es würde den angestrebten Verordnungsänderungen im Sinne ihrer durch den Bundesrat zu verfolgenden Zielsetzungen gut anstehen, deren Ausgestaltung durch ein interdisziplinäres ExpertInnenngremium der betroffenen Fachorganisationen nochmals grundsätzlich zu überdenken.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Brigitta Schlegel

Abkürzung der Firma / Organisation : Dr. med. Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Adresse : Emil Frey-Strasse 70, 4142 Münchenstein

Kontaktperson : Dr. med. B.Schlegel

Telefon : 061 556 48 41

E-Mail : b.schlegel@hin.ch

Datum : 10.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.	DIE FACHGRUPPE PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE BASELSTADT LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB.
Error! Reference source not found.	Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden. <i>Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, welche die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i>
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
<p>Error! Reference source not found. Brigitta Schlegel</p>	50	1	c	<p>Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von <u>einem Jahr</u> in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B). Mit der heutigen Regelung verfügen viele psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar über gute theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen. Vor allem haben die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch keine Erfahrungen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Ein Arzt benötigt sechs Jahre der Weiterbildung, um die dafür notwendigen umfassenden Kompetenzen zu erwerben. Folglich werden sich die Psychologinnen und Psychologen in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren. In diesem Bereich werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots und damit einer Kostenausweitung sorgen, <u>ohne</u> entsprechende</p>	<p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 2 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Krankheitsspektrum).</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen, Kinder und Jugendliche).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, somatopsychische und psychosomatische Erkrankungen, praktische Erfahrungen in der Anwendung von Psychopharmaka und anderen Medikamenten, Arbeit mit Familien und Betreuung-/Beschulungssystemen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.</p> <p>Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung der bedürftigen Personengruppen wird nicht behoben werden, hingegen wird es</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>voraussichtlich zu einer Fehlversorgung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, in kürzeren Zeiträumen kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Im Altersbereich und Bereich der schwer erkrankten Personen ist häufig eine Erhaltung oder nur langsame Verschlechterung der verbliebenen Vermögen ein sinnvolles Therapieziel. Diese Patienten werden grosse Mühe haben, eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten, wenn „Erfolg“ durch Verbesserungen auf Skalen gemessen werden soll.</p> <p>Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die adäquate Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen, da diese derzeit ohnehin mit immer grösseren Problemen in der Rekrutierung geeigneten ärztlichen Personals zu kämpfen haben. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p>Durch den Wegfall der bisherigen delegierten Psychotherapie und die zukünftig mangelnde</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Ausbildung in der Behandlung komplexer Fälle, werden auf längere Sicht diejenigen Psychotherapeutinnen und –therapeuten für die Versorgung schwerer erkrankter Patienten fehlen, welche heute eng mit einem Psychiater/ einer Psychiaterin unter einem Dach mit regelmässigen Super- bzw. Intervisionen zusammenarbeiten und dadurch eine ständige Kompetenzerweiterung in der Versorgung schwerer erkrankter Patienten und Patientinnen erfahren und dadurch adäquat in der Lage sind, diese Patienten mitzuversorgen.</p> <p><i>FORDERUNG: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wie bereits früher schon, fordern wir eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf <u>zwei</u> Jahre in einer SIWF-anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmewang mit breitem Patientengut).</i></p>	
Error! Reference source not found.				
Error! Reference source not				

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
<p>Error! Reference source not found. Brigitta Schlegel</p>	<p>2, Abs. 1, Bst. B)</p>	<p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig und nicht zielführend.</p> <p>Psychiaterinnen und Psychiater stellen Diagnosen mittels integraler klinischer Befunderhebung incl. Anamnese und Fremdanamnese, wozu bei Bedarf auch Fragebögen, Tests oder klinische Interviews hinzugezogen werden können, und nicht einseitig mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Es existieren keine geeigneten Instrumente, welche dem Anspruch gerecht werden, eine Diagnose zu sichern oder alleinig den Verlauf zu beurteilen. Hier bedarf es zwingend eines Gesamturteils, welches alle Aspekte miteinbezieht und gegeneinander abwägt.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden auch gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapie-methoden sind Fragebögen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat. Speziell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind derlei Messinstrumente ohnehin wenig geeignet und aussagekräftig, da hier auch das Urteil der beteiligten Erwachsenen eine bedeutende Rolle spielt.</p>	<p>STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, dürfte doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden präferieren. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Einmal mehr ist zu befürchten, dass gerade die schwerkranken und dauerhaft behinderten Patienten, bei welchen sich kaum oder keine Verbesserungen abbilden lassen, benachteiligt werden. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben.</p> <p>Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen. In der somatischen Medizin werden auch keine diagnostischen Instrumente vorgeschrieben, da man vertrauensvoll davon ausgehen kann und darf, dass Ärzte und Ärztinnen solche selbstverständlich verwenden, wenn sie deren bedürfen, sie aber auch nicht anwenden, wenn nicht notwendig oder sinnvoll.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert, welche Konsequenzen diese haben werden und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen und welche Konsequenzen sich daraus ergäben. Dieser Punkt ist extrem heikel, da sich, sollten die Daten zur Beurteilung einer Verlängerung der Kostengutsprache verwendet werden, nicht absehbare Vor- und Nachteile für bestimmte Patientengruppen ergäben. Bei einem möglichen Vergleich von Einzelpraxen im Sinne eines Benchmarking bestünde die Gefahr einer positiven Patientenselektion und Benachteiligung von Ärzten, welche sich um Patientinnen kümmern, welche sich nicht in einem gewünschten Sinne auf entsprechenden Skalen abbilden lassen, z.B. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen, welche mehr als junge Menschen mit Ressourcen und gutem Verbesserungspotential der ärztlichen Behandlung, Betreuung und Fürsorge bedürften. Psychiatrische Behandlung ist in vielen Fällen Langzeitbehandlung bis zum Tod. Hier spielen skalierbare quantifizierende Instrumente zur Verlaufsbeurteilung nur eine sehr marginale Rolle</p> <p>Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> <p>Sollte die Forderung nach Messinstrumenten der Einschränkung einer befürchteten Mengenausweitung dienen, so ist diese bei ärztlichen Psychotherapeuten, welche ohnehin unter Nachwuchssorgen leiden, nicht nötig. Im Gegenteil könnten solche unnötigen und als sinnlos erlebten administrativen Eingriffe in die Behandlungsfreiheit junge Kollegen und Kolleginnen zusätzlich davon abhalten, den Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie anzustreben.</p> <p>FORDERUNG: Die FG <i>Ψ</i> BL fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</p>	
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art. 3</p>	<p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der Verordnungsänderung zu erwartenden Mengenausweitung als Argument einer kostendämpfenden Massnahme zu dienen. Ein Psychiater/ eine Psychiaterin arbeitet nicht weniger oder mehr, wenn er oder sie nach 30 Stunden bereits einen Antrag stellen muss. Die abrechenbaren Stunden bleiben gleich, nur die mit dem Patienten/der Patientin verbrachte Zeit verringert sich, da mehr Zeit in die Berichtschreibung fliesst. Der Beruf wird durch die zusätzliche administrative Last erneut unattraktiver, ein Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. -zahler ist nicht erkennbar.</p>	<p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken und sind eine Beeinträchtigung für die Therapie (Stichworte Vertrauensbildung und Sicherheit).</p> <p><i>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen. Bestimmte Therapiemethoden (z.B. Traumabehandlungen, Konfrontation, Einbezug eines Angehörigen u.a.) oder bestimmte Situationen (z.B. häufig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo oft zahlreiche Beteiligte aus dem System miteinander interagieren müssen) bedürfen längerer Zeiteinheiten. Eine Dauer von 75 min ist nicht selten heute bereits zu knapp bemessen.</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Eine Maximaldauer in der Psychotherapie festzulegen (ausser bei Kriseninterventionen) erscheint grundsätzlich sinnvoll, sie sollte aber so bemessen sein, dass man innerhalb dieser Zeit angemessen arbeiten kann und nicht unter Zeitdruck kommt, was sich kontraproduktiv auf das Ergebnis auswirken könnte (so wie es im somatischen Bereich wenig sinnvoll erschiene, z.B. Operationszeiten knapp zu limitieren, da man auch dort um des Ergebnisses willen genügend Zeit und Ruhe zum arbeiten benötigt).</p> <p>Auch hier wird einer befürchteten Mengenausweitung nicht wirksam entgegnet, da sich ein Arbeitstag eines psychotherapeutischen Leistungserbringers nicht verkürzt oder verlängert, wenn Behandlungseinheiten limitiert werden.</p> <p>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</p>	
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art. 11b, Bst. A.</p>	<p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die anordnende Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können und er/sie muss die ärztliche Verantwortung dafür voll tragen können.</p>	<p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>FORDERUNG: Die FG Ψ BL verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</p> <p>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die FG Ψ BL die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</p>	<p>einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5</p>	<p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen</p> <p>«Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht... der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin»</p> <p>Ohne vertiefte Kenntnisse bzw. ohne entsprechende Erfahrung und Ausbildung in der Behandlung von psychischen Erkrankungen ist es für eine Ärztin, einen Arzt unmöglich ausreichend objektiv Patientenzustand und Verlauf der Therapie zu beurteilen. Somit ist es der Ärztin, dem Arzt ohne psychiatrisch psychotherapeutische oder psychosomatische Ausbildung im Kinder – oder Erwachsenenbereich lediglich aufgrund des Berichtes der behandelnden Psychologin, des behandelnden Psychologen nicht möglich, fundiert den Antrag zur Fortsetzung</p>	

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : lic. phil. Schmid Seraina/ Psychotherapeutin
in eigener Praxis sowie in Delegation

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Neustadtgasse 1a

Kontaktperson :

Telefon : 079/ 822 58 05

E-Mail : serasch@icolud.com

Datum : 8.8.2019

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich bin seit 1994 psychotherapeutisch tätig. Nach einigen Jahren in Institutionen begann ich teils in selbständiger Praxis, teils delegiert zu arbeiten.

Ich lese mit grosser Besorgnis Ihre Ideen zum Anordnungsmodell zur Psychotherapie nichtärztlicher Leitungserbringer und möchte dringlich mitteilen, dass dieses so **im Grundsatz abzulehnen** ist. Es ist besser auf ein Anordnungsmodell ganz zu verzichten, als etwas einzuführen, das die doch häufig fragilen und nicht ohne Scham einhergehenden psychotherapeutischen Behandlungen verunmöglichen oder gar ruinieren könnte.

Ich möchte hier vorerst von der Seite der Patienten mit schwerwiegenden psychischen Problemen argumentieren. Aus unterschiedlichen Gründen sind es sehr häufig lange Behandlungen.

Die Idee, dass diese Patienten sich gar nicht direkt beim Therapeuten selbst melden dürfen, sondern von einem Arzt angeordnet werden müssen, kann bereits eine erste Hemmschwelle zu Beginn einer möglichen Therapie sein. **Hier wäre der Zugang zu Psychotherapie nicht vereinfacht, sondern erschwert**, weil eine der Möglichkeiten die bisher häufig genutzt wurden, schlicht und einfach wegfallen würde. (Ich stelle mir vor, jemand fragt direkt bei mir um Psychotherapie nach und ich müsste dem Patienten sagen, er solle zu einem Arzt gehen und sich Psychotherapie anordnen lassen. Dies kann bereits der Punkt sein, dass eine Therapie nicht zustande kommt. Während der Patient mit körperlichen Beschwerden immer zum Arzt geht vor der physiotherapeutischen Behandlung, macht dies das Gros der Psychotherapiepatienten nicht.

Die Idee, dass jeweils 15 Sitzungen angeordnet werden können, ist im Hinblick auf meine Erfahrung der Dauer von Behandlungen v.a. Behandlungen mit komplex traumatisierten Menschen, schlicht und einfach lächerlich. Ein anerkannter Psychotherapeut hat eine lange Ausbildung hinter sich, muss Diagnosen, Indikationen stellen und Behandlungen verantworten. **Wenn etwas angeordnet**

werden soll, dann eine ganze Behandlung, wie lange sie auch dauern möge. Hier legt uns Deutschland ein zwar für den Therapeuten aufwändiges, der Psychotherapie jedoch passenderes Modell vor.

Da ich auch die Anfänge der delegierten Psychotherapie miterlebt habe, wie den Prozess hin zum heute gängigen Modell, befürchte ich mit dem vorgeschlagenen Anordnungsmodell einen Rückfall ins chaotische Anfangsstadium der delegierten Psychotherapie. So zum Beispiel, dass die Ärzte Berichte schreiben mussten von Behandlungen, die sie nur begleitend kannten. Anerkannten Psychotherapeuten haben allesamt gründlich gelernt Berichte zu verfassen und können bestens Aussagen zum Behandlungsverlauf ihrer Patienten machen. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten verläuft meiner Erfahrung nach dann am besten, wenn keine Abhängigkeiten vorhanden sind, sondern schlicht und einfach eine Notwendigkeit zugunsten des Patienten.

Das vorgeschlagene Anordnungsmodell mit dieser hohen Frequenz von neuen Anordnungen, die eingeholt werden müssten, **stört den Behandlungsverlauf** unnötigerweise und fordert zudem einen massiven bürokratischen und finanziellen Aufwand vom Patienten, des Arztes und des Psychotherapeuten.

Wer soll denn all das bezahlen? Alle 15 Sitzungen einen Arztbesuch, eine Anordnung

Wollt Ihr denn wirklich einen vereinfachten Zugang zu soliden Psychotherapien für psychisch leidende Menschen?

Ich grüsse sie freundlich und hochbesorgt

Seraina Schmid

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Dr. med. Brigitte Schneider
Mottastrasse 33
CH-3005 Bern

Bern, den 08. Oktober 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten
Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu
verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die
vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

**Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Veränderungsänderungen stellen eine
strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für
die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer
und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht
nachvollziehbar ausgewiesen ist.**

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Brigitte Schneider

Adresse : Mottastrasse 33, 3005 Bern

Telefon : +41 (79) 866 73 99

E-Mail : schneider@praxis-cardea.ch

Datum : 08.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr.med. Thomas Schnyder
Facharzt FMH Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : Kinderpsychiatrische Praxis

Adresse : Trichtenhauserstrasse 2
8125 Zollikerberg

Kontaktperson : Thomas Schnyder

Telefon : 044 391 88 65

E-Mail : thomas.schnyder@hin.ch

Datum : 28.09.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Template for comments and secretariat observations

Date:	Document: ISO/
-------	-----------------------

1	2	3	4	5	6	7
MB¹	Clause/ Subclause/ Annex/Figure/Table (e.g. 3.1, Table 2)	Paragraph/ List item/ Note/ (e.g. Note 2)	Type of com- ment²	Comment (justification for change)	Proposed change	Secretariat observations on each comment submitted

Allgemeine Bemerkungen

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Kinderpsychiatrische Praxis	Seit bald 30 Jahren arbeite ich als Kinder- und Jugendpsychiater FMH zusammen mit delegierter Psychotherapie. Ich war von Anfang an Mitglied der Vereinigung delegierender Ärztinnen und Ärzte, welche von Dr. med. Christian Bernath präsiert wurde. Die rechtlichen Bedingungen zu delegierter Psychotherapie (Arbeitsvertrag etc.) sind für mich immer Selbstverständlichkeit gewesen. Ich habe die externe Supervision der psychotherapeutischen Arbeit als Fortbildung sowohl für mich als auch für die delegiert arbeitende Psychoherapeutin mit hohen Kostenfolgen befürwortet und getragen.
Kinderpsychiatrische Praxis	Eine Änderung der Verordnung betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) ist auch aus meiner Sicht indiziert, hingegen nicht in der Form des jetzigen Entwurfs, wie er in die Vernehmlassung geht
Kinderpsychiatrische Praxis	Die Aus- und Weiterbildung nichtärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist in der heutigen Form eidgenössisch geregelt und ermöglicht eine Zulassung zur KK zum Wohle der Patientinnen und Patienten.
Kinderpsychiatrische Praxis	Die Anordnung durch ÄRZTINNEN UND ÄRZTE hingegen ist für die Anerkennung der Kompetenz der psychotherapeutischen Fachkräfte durch die von ihnen abhängigen Patientinnen und Patienten verunsichernd und einschneidend in ihr Vertrauensverhältnis zur Psychotherapie. Kontrollen der Indikation und Wirtschaftlichkeit müssen stattfinden, jedoch nicht auf diesem Weg der Anordnung.

¹ **MB** = Member body (enter the ISO 3166 two-letter country code, e.g. CN for China) ** = ISO/CS editing unit

² **Type of comment:** ge = general te = technical ed = editorial

NB Columns 1, 2, 4, 5 are compulsory.

Template for comments and secretariat observations

Date:	Document: ISO/
-------	-----------------------

1	2	3	4	5	6	7
MB ¹	Clause/ Subclause/ Annex/Figure/Table (e.g. 3.1, Table 2)	Paragraph/ List item/ Note/ (e.g. Note 2)	Type of com- ment ²	Comment (justification for change)	Proposed change	Secretariat observations on each comment submitted

Kinderpsychiatrische Praxis	Aus-und Weiterbildung der psychotherapeutisch arbeitenden ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräfte müssen gleichermaßen durch laufende Fortbildung ergänzt und gewährleistet sein. Durch Berichte an die Vertrauensärzte muss wie bisher Indikation und Wirtschaftlichkeit der Behandlung validiert werden. Diese Qualitätskontrolle funktioniert sowohl bei ärztlicher wie auch nichtärztlicher Psychotherapie ohne das Anordnungsmodell.
Kinderpsychiatrische Praxis	Der ausgewiesenen Fortbildung in Psychotherapie durch Nachweis von Supervision und Intervision muss hingegen neu mehr Gewicht als bisher gegeben werden. Solch eine Regelung müssen die Fachgesellschaften neu implementieren, sowohl diejenigen der ärztlichen wie der nichtärztlichen Psychotherapie
Kinderpsychiatrische Praxis	Konsumentenschutz bei Psychotherapie ist sowohl durch die Vertrauensärzte der KK als auch die Fachgesellschaften für Psychotherapie zu gewährleisten, ohne das aus meiner Sicht kontraproduktive Anordnungsmodell. Es muss zur Pflicht der nichtärztlichen PsychotherapeutInnen gehören, Konsilien bei ÄrztInnen anzuordnen, wenn eine medikamentöse Behandlung oder medizinische Diagnostik notwendig sein oder werden könnte.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

¹ **MB** = Member body (enter the ISO 3166 two-letter country code, e.g. CN for China) ** = ISO/CS editing unit

² **Type of comment:** ge = general te = technical ed = editorial

NB Columns 1, 2, 4, 5 are compulsory.

Template for comments and secretariat observations

Date:	Document: ISO/
-------	-----------------------

1	2	3	4	5	6	7
MB¹	Clause/ Subclause/ Annex/Figure/Table (e.g. 3.1, Table 2)	Paragraph/ List item/ Note/ (e.g. Note 2)	Type of com- ment²	Comment (justification for change)	Proposed change	Secretariat observations on each comment submitted

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)						
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)	
Kinderpsychiatrische Praxis	KLV Art.2b			Berichterstattung nach 15 Sitzungen schafft Verunsicherung bei Eltern und Kindern. Es entsteht Unruhe mit empfindlicher Störung des Arbeitsbündnisses. Und in den meisten vertrauensärztlichen Diensten der KK sind nicht genügend Fachkräfte vorhanden, um in dieser hohen Frequenz die Flut von Berichten seriös zu bearbeiten. Ungleiche Bedingungen von KK zu KK wrden die Folge sein.	Berichte wie bisher nach 40 Sitzungen, nur von der behandelnden Fachkraft für Psychotherapie. Validierung nur durch die Vertrauensärzte der KK.	
Kinderpsychiatrische Praxis	KLV 11b	2		Die zeitliche Reduktion der Sitzungsdauer auf 60 Minuten verschlechtert die bisherige Praxis, welche in er Kinder-und Jugendpsychiatrie bisher eine gute Grundlage für sinnvolle Behandlung bildete. Dieser Eingriff stellt einen Eingriff in die fachliche Kompetenz der Leistungserbringer dar, welche in der Realität des Behandlungsalltags stört.	Sitzungen mit 90 Minuten Dauer und für deklarierte Krisensitzungen keine Limitation.	

1 **MB** = Member body (enter the ISO 3166 two-letter country code, e.g. CN for China) ** = ISO/CS editing unit

2 **Type of comment:** ge = general te = technical ed = editorial

NB Columns 1, 2, 4, 5 are compulsory.

Template for comments and secretariat observations

Date:	Document: ISO/
-------	-----------------------

1	2	3	4	5	6	7
MB¹	Clause/ Subclause/ Annex/Figure/Table (e.g. 3.1, Table 2)	Paragraph/ List item/ Note/ (e.g. Note 2)	Type of com- ment²	Comment (justification for change)	Proposed change	Secretariat observations on each comment submitted

Kinderpsychiatrische Praxis						
Kinderpsychiatrische Praxis	KL V 11b	5		Die behandelnde psychotherapeutische Fachkraft ist die einzige Person, welche im intensiven Austausch im Vertrauensverhältnis mit Eltern und Kindern alle notwendigen Informationen wirklich bekommt. Es macht keinen Sinn, dass eine Drittperson über die Behandlung Berichte schreibt. Die authentische Erfahrung aus der Behandlung fehlt einer Drittperson in der Psychotherapie. Es entstehen pseudoobjektive, unwissenschaftliche Dokumente, welche dem Vertrauensarzt der KK keine nachvollziehbare Einsicht vermitteln und bloss zusätzliche Kosten verursachen nebst der Verunsicherung der PatientInnen.	Berichterstattung an den Vertrauensarzt der KK erfolgt in allen Fällen durch die behandelnde Fachkraft für Psychotherapie und nur gegebenenfalls durch ein Konsilium eines vom Psychotherapeuten beigezogenen Facharzt/Fachärztin.	
Kinderpsychiatrische Praxis						
Kinderpsychiatrische Praxis						
Kinderpsychiatrische Praxis						

1 **MB** = Member body (enter the ISO 3166 two-letter country code, e.g. CN for China) ** = ISO/CS editing unit

2 **Type of comment:** ge = general te = technical ed = editorial

NB Columns 1, 2, 4, 5 are compulsory.

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

Parere di

Nome / azienda / organizzazione : Scuola Mara Selvini Palazzoli

Abbreviazione dell'azienda / dell'organizzazione: Scuola Mara Selvini Palazzoli

Indirizzo : c/o Centro per l'Età Evolutiva, Via S. Bernardino 2, 6500 Bellinzona

Persona di contatto : Anna Maggetti

Telefono : 091 826 31 88

E-mail : infoticino@scuolamaraselvini.ch; cee@bluewin.ch

Data : 16.10.2019

Indicazioni importanti:

1. Si prega di non modificare la formattazione del modulo e di compilare soltanto i campi del modulo in grigio.
2. Utilizzare una riga per ogni articolo, capoverso e lettera o per ogni capitolo del rapporto esplicativo.
3. Inviare i pareri in formato elettronico **sotto forma di documento Word** entro il **17 ottobre 2019** al seguente indirizzo di posta elettronica:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Grazie mille della collaborazione!

**Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMa; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione**

Osservazioni generali	
Nome/azienda	Commento/osservazioni
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	<p>La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI ringrazia il Consiglio federale per aver avviato la procedura di consultazione per la modifica delle ordinanze (OAMa; RS 832.102/OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica. È un passo atteso da lungo tempo con cui si auspica l'abbandono del modello della delega verso il riconoscimento della formazione postgraduale degli psicoterapeuti psicologi e la loro preparazione all'esercizio della psicoterapia sotto la propria responsabilità professionale, circostanza peraltro già sancita legalmente con l'entrata in vigore nel 2013 della LPPsi. La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI ringrazia inoltre l'UFSP e le sue commissioni per i lavori preparatori sfociati nel disegno di ordinanza. Siamo tuttavia rammaricati per il mancato coinvolgimento dei fornitori di prestazioni già in fase di elaborazione del disegno, perché ciò avrebbe contribuito a migliorarne qualità e coerenza.</p> <p>Ci teniamo a sottolineare esplicitamente che il presente parere è frutto della collaborazione tra le tre associazioni degli psicologi e psicoterapeuti FSP, ASP e SBAP che lo hanno elaborato insieme. Le tre organizzazioni presentano sulla consultazione in questione una posizione comune, con differenziazioni concernenti soltanto pochi dettagli.</p>
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	<p>Punti cardine del disegno che la SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI sostiene senza riserve</p> <ul style="list-style-type: none"> La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI condivide pienamente gli obiettivi del nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica. Esiste la necessità di migliorare l'accesso alle prestazioni psicoterapeutiche, specialmente in situazioni di crisi e di emergenza. La possibilità per i medici di famiglia di prescrivere la psicoterapia consente di abbattere gli ostacoli che attualmente pregiudicano l'accesso alle cure da parte di chi soffre di disturbi psichici. Altro punto che appoggiamo è il miglioramento, atteso con il passaggio al nuovo modello, della qualità delle prestazioni erogate in virtù del carattere vincolante della LPPsi. La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI condivide appieno le condizioni per la prescrizione ovvero la proposta concernente la facoltà per i medici di prescrivere la psicoterapia psicologica. Tale proposta assicura ampio accesso alla psicoterapia e quindi maggiore tempestività di intervento sui pazienti e, riducendo la cronicizzazione dei problemi e i ricoveri ospedalieri, permette al sistema sanitario di risparmiare nel lungo periodo.
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	<p>Punti del disegno che la SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI respinge con richiesta di modifica</p>

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMa; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

	<ul style="list-style-type: none"> • La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI respinge la proposta di limitare a 30 il numero delle sedute. Chiede che venga mantenuta l'attuale disposizione a 40 sedute, essendo questa una prassi già dimostratasi valida e causando la restrizione a 30 sedute un aumento del carico amministrativo e quindi, in ultima analisi, dei costi. • La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI respinge la proposta relativa alla prescrizione scaglionata della terapia a blocchi di 15 sedute ciascuno. Ciò provocherebbe un aumento dei costi senza che ne conseguano particolari benefici e svantaggerebbe inoltre gli psicoterapeuti psicologici rispetto ai medici fornitori di prestazioni. • La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI è d'accordo sull'introduzione di un anno aggiuntivo di esperienza clinica, a condizione, però, che possa essere assolto già durante la formazione postgraduale e anche sotto la direzione di uno psicoterapeuta riconosciuto dalla Confederazione. • La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI respinge il vincolo imposto sul tempo massimo di una seduta. Il tempo massimo per seduta delle terapie individuali e di gruppo deve essere stabilito nelle convenzioni tariffali. La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI chiede quindi che dalla proposta si stralci la precisazione sulla durata delle singole sedute. • La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI concorda in linea di principio con la condizione che il medico prescrivente debba presentare domanda di proseguimento della terapia (ma solo dopo 40 sedute). Il rapporto da allegare alla domanda deve però essere elaborato, sottoscritto e fatturato dallo psicoterapeuta curante. • La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI respinge l'introduzione di una fase diagnostica iniziale, intermedia e conclusiva così come definita dalla proposta e chiede invece che l'idoneità e la praticabilità di un tale modello diagnostico vengano verificate tramite un progetto ad hoc, dopo il quale eventualmente approntare una procedura di campionamento.
<p>SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI</p>	<p>Emendamenti proposti dalla SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI su aspetti che il disegno di ordinanza non menziona o non prende in considerazione in misura sufficiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il disegno di ordinanza non tiene sufficientemente in considerazione gli psicoterapeuti in formazione. Per motivi di garanzia della qualità appoggiamo la proposta di non consentire agli psicologi che si stanno formando per diventare psicoterapeuti di poter fatturare autonomamente tramite la cassa malati. La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI chiede tuttavia che venga assicurata la formazione professionale degli psicoterapeuti e auspica la collaborazione con i cantoni affinché sia garantita nel tempo la disponibilità dei posti di formazione. In futuro si dovrà eventualmente valutare l'opportunità di introdurre l'assistenza di studio medico come già avviene per i medici, eventualità che richiederebbe l'imputabilità dei costi all'AOMS. Si tratta comunque di una questione che pertiene

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

	<p>alla regolamentazione sulla formazione postgraduale e che andrebbe risolta per la psicoterapia psicologica in maniera analoga alla normativa in vigore per i medici (convenzione quadro TARMED).</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'attuale disegno non chiarisce in che modo sarà regolamentata in futuro la situazione degli psicoterapeuti impiegati in organizzazioni pubbliche e private. La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI ritiene che vada mantenuta la possibilità di erogare prestazioni psicoterapeutiche in presenza di un rapporto d'impiego. • In generale la SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI promuove misure che contrastano l'aumento ingiustificato del volume delle prestazioni nel sistema sanitario. Se in un cantone le nuove autorizzazioni crescono più della media svizzera, la SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI prefigura una soluzione paragonabile al progetto in consultazione del controprogetto indiretto all'Iniziativa sulle cure infermieristiche. • La psicoterapia è basata sull'espressione linguistica. La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI chiede che i titolari di diploma estero vengano autorizzati solo a condizione che dimostrino competenze linguistiche di livello C1 della lingua ufficiale svizzera.
<p>SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI</p>	<p>Per favorire la leggibilità si rinuncia nel presente documento all'utilizzo contemporaneo della forma maschile e femminile. Ove non diversamente specificato, sono sempre sottintesi entrambi i sessi.</p>

Commenti al disegno di modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)					
Nome/azienda	Art.	Cpv.	Let.	Commento/osservazioni	Proposta di modifica (testo proposto)
<p>SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI</p>	45-50a			Nessun commento	

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMa; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	50b			<p>Autorizzazione all'esercizio della professione per i neuropsicologi</p> <p>In base alla nuova frase introduttiva: «I neuropsicologi devono essere autorizzati in virtù del diritto cantonale», i neuropsicologi che vogliono dispensare cure su prescrizione medica in nome e per conto proprio devono essere in possesso di autorizzazione ai sensi del diritto cantonale.</p> <p>A nostro avviso, tale formulazione non è chiara, perché rischia di creare confusione tra autorizzazione intesa come ammissione alla professione e autorizzazione all'esercizio della professione rilasciata dai cantoni. Se per il Consiglio federale l'autorizzazione va intesa nei due casi nello stesso modo, allora questa sarebbe una ragione in più per chiedere una modifica delle disposizioni transitorie riguardanti i neuropsicologi (si vedano i commenti alle disposizioni transitorie).</p>	
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	50c	1	a & b	<p>Titolo federale e autorizzazione cantonale</p> <p>La sola opzione che riteniamo essere giusta e indicata quale condizione d'autorizzazione per gli psicoterapeuti psicologi è il conseguimento di un titolo di perfezionamento federale ai sensi della LPPsi e il possesso dell'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione.</p>	
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	50c	1	c	<p>Ulteriore esperienza clinica di 12 mesi dopo il conseguimento del titolo</p> <p>La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI non ha dubbi sull'utilità dell'esperienza clinica nell'ottica della professione e</p>	<p>Proposta di modifica e completamento:</p> <p>c. durante o dopo il conseguimento del titolo di perfezionamento,</p>

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

			<p>della qualità delle prestazioni. Concorda quindi con il Consiglio federale ove afferma che l'esperienza all'interno di team interprofessionali a contatto con un ampio spettro di disturbi costituisca un presupposto importante per trattare le malattie nell'ambito della LAMal. Rispetto a questo requisito critica però la possibilità che l'ulteriore esperienza clinica di 12 mesi possa essere svolta soltanto dopo il conseguimento del titolo di perfezionamento come psicoterapeuta riconosciuto dalla Confederazione. La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI accoglie con favore questa proposta, a condizione però che l'ulteriore anno di pratica clinica possa essere assolto anche durante il ciclo di perfezionamento. Per la SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI non è chiaro come mai si debba attendere il conseguimento del titolo prima di potersi dedicare alla prassi in clinica. Non esistono argomentazioni di tipo scientifico o qualitativo che giustificino una restrizione temporale di questo tipo.</p> <p>Il numero di posti disponibili negli istituti ISFM proposti di categoria A o B non soddisfano il fabbisogno. Poiché i posti di formazione sono già oggi carenti, il problema non potrà che accentuarsi con l'introduzione di un ulteriore anno di esperienza clinica. Inoltre, con lo stralcio delle posizioni del Tarmed per la psicoterapia delegata, di questi posti di formazione non è più garantito neanche il finanziamento. Particolarmente problematica è la situazione in ambito ambulatoriale ospedaliero, che potrà essere contrastata obbligando i cantoni a fornire e a cofinanziare un numero sufficiente di posti di formazione postgraduale (in maniera analoga al ramo medico).</p> <p>Inoltre, la condizione che prevede che durante questi 12 mesi l'esperienza clinica si svolga sotto la direzione di un medico</p>	<p>un'esperienza clinica di 12 mesi in aggiunta a quella richiesta nel quadro del perfezionamento in un [...] sotto la direzione di un medico specialista in psichiatria e psicoterapia o di uno psicoterapeuta riconosciuto dalla Confederazione.</p>
--	--	--	---	--

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

				<p>specialista in psichiatria e psicoterapia risulta troppo restrittiva sia rispetto alla disponibilità di posti per lo svolgimento della pratica sia da un punto di vista prettamente disciplinare.</p> <p>La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI chiede quindi che vengano apportate le seguenti modifiche:</p> <p>L'ulteriore esperienza clinica di 12 mesi deve potersi svolgere sia durante che dopo il ciclo di perfezionamento, così da garantire a coloro che hanno già assolto l'anno aggiuntivo durante la formazione di non doverlo poi ripetere. In tal modo si garantisce anche che coloro che hanno assolto la formazione all'estero abbiano la possibilità di acquisire familiarità con il sistema sanitario e le abitudini locali (v. anche art. 5 cpv. 2 lettere c ed f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI respinge la possibilità che tale esperienza possa essere acquisita esclusivamente dopo il conseguimento del titolo di perfezionamento. • L'ulteriore anno di pratica in clinica deve svolgersi o sotto la direzione di un medico specialista in psichiatria e psicoterapia o di uno psicoterapeuta riconosciuto dalla Confederazione. 	
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	50c	1	d (nuovo)	<p>Competenza linguistica</p> <p>Essendo la psicoterapia una forma di terapia basata sull'espressione linguistica, carenze nel linguaggio possono comprometterne il risultato. Pertanto la SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI chiede che la competenza linguistica venga inserita nell'ordinanza quale condizione d'autorizzazione per i titolari di diploma estero.</p>	d. la conoscenza della lingua ufficiale della regione per la quale viene richiesta l'autorizzazione (livello C1 del quadro comune europeo di riferimento)

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

<p>SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI</p>	<p>50c</p>	<p>2</p>		<p>Requisiti dei centri di perfezionamento professionale</p> <p>La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI approva la lista ISFM e concorda con i criteri proposti per i centri di formazione ai fini del completamento dell'anno aggiuntivo di esperienza clinica. La nota dolente, secondo il parere della SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI, è però la scarsa disponibilità di posti di formazione. Per assicurare l'assistenza nel lungo periodo ed evitare la carenza di posti di formazione, la SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI propone</p> <ul style="list-style-type: none"> • che siano i cantoni a dover assicurare, in collaborazione con le associazioni di categoria, i posti necessari negli istituti e nelle organizzazioni proposte, premurandosi di garantirne la giusta remunerazione; • di autorizzare, all'occorrenza, quali centri di perfezionamento per psicoterapeuti psicologi altri istituti e organizzazioni non riconosciuti dall'ISFM. <p>Correzione del riferimento ai centri di perfezionamento professionale operanti in regime ambulatoriale</p> <p>Nella bozza del regolamento vengono proposti i centri di perfezionamento professionale delle categorie A e B. Nel riferimento contenuto nell'articolo 50c cpv. 2 figurano soltanto gli istituti che operano in regime stazionario (5.2.1 und 5.2.2), mentre mancano i numeri relativi agli istituti operanti in regime ambulatoriale (5.2.3.1 e 5.2.3.2).</p>	<p>Aggiunta</p> <p>[...] 15 dicembre 2016. All'occorrenza possono essere autorizzati quali centri di perfezionamento altri istituti non riconosciuti dall'ISFM.</p> <p>Aggiunta dei numeri mancanti:</p> <p>[...] come centro di perfezionamento di categoria A di cui ai numeri 5.2.1 e 5.2.3.1 o di categoria B di cui ai numeri 5.2.2 e 5.2.3.2 del programma di perfezionamento professionale [...]</p>
<p>SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI</p>	<p>52d</p>			<p>Nessun commento</p>	

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMa; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

<p>SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI</p>	<p>(nuovo) 52e</p>			<p>La ragione alla base dell'aggiunta delle organizzazioni di neuropsicologia è analoga a quella della psicoterapia: la necessità di dispensare prestazioni in linea con le moderne esigenze, come sancito dalla strategia Sanità2020. https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html.</p>	<p>Organizzazioni dei neuropsicologi Le organizzazioni dei neuropsicologi sono autorizzate se:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sono riconosciute giusta la legislazione del Cantone in cui esercitano; b) hanno definito il loro campo di attività quanto al territorio, all'orario, al tipo di cure e di pazienti; c) le loro prestazioni sono fornite da persone che adempiono le condizioni di cui all'articolo 50b; d) dispongono delle attrezzature corrispondenti al loro campo di attività; <p>partecipano alle misure di controllo di qualità di cui all'articolo 77, intese a garantire, nell'ambito del loro campo di attività, cure neuropsicologiche adeguate e di buona qualità.</p>
<p>SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI</p>	<p>Disposizioni transitorie</p>	<p>1 & 2</p>		<p>La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI accoglie con favore entrambe le disposizioni transitorie in quanto finalizzate al mantenimento dell'attuale stato delle cose per gli psicoterapeuti già autorizzati. Questa disposizione attenua in maniera opportuna la domanda di posti di formazione che aumenterà in seguito all'introduzione dell'anno aggiuntivo di esperienza clinica.</p>	

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	Disposizione transitoria	3		La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI constata come dalla disposizione transitoria restino esclusi i neuropsicologi. Ci sono cantoni in cui sinora i neuropsicologi non sottostavano a obbligo di autorizzazione cantonale. Pertanto una disposizione transitoria che tenga adeguatamente conto dei neuropsicologi non può fare perno sull'autorizzazione cantonale quanto sull'autorizzazione che sinora abilita all'esercizio dell'attività a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria.	I fornitori di prestazioni di cui agli articoli 45 e 46 capoverso 1 lettere a–c, e ed f [...]
--	--------------------------	---	--	---	---

Se si desidera eliminare singole tabelle del modulo o aggiungere nuove righe, si può rimuovere la protezione da scrittura dalla scheda "Revisione/Proteggi/Rimuovi protezione". Vedere istruzioni in allegato.

Comenti al disegno di modifica dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre)					
Nome/azienda	Art.	Cpv.	Let.	Commento/osservazioni	Proposta di modifica (testo proposto)
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	2	1	a	Nessun commento	
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	2	1	b	Diagnostica iniziale, intermedia e conclusiva La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI condivide la preoccupazione del Consiglio federale di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni fornite. La proposta di introdurre una fase di diagnostica iniziale, intermedia e conclusiva manca però l'obiettivo. Questi i motivi.	Stralciare l'art. 2 cpv. 1 lettera b b. il metodo applicato comprende una fase diagnostica iniziale, intermedia e conclusiva con strumenti validati.

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMa; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

			<ul style="list-style-type: none"> • L'introduzione di una diagnostica di questo tipo, da effettuarsi per ciascun paziente, andrebbe a creare un'enorme quantità di dati per la cui elaborazione, tanto tecnica quanto contenutistica, insorgerebbero costi del tutto sproporzionati rispetto alla sua utilità. • Per ragioni connesse con la protezione dei dati non è consentito rilevare informazioni sui singoli pazienti. • Sebbene la raccolta di dati intermedi rappresenti un aspetto importante della ricerca psicoterapeutica, la procedura non è attuabile nell'ambito di un monitoraggio di routine perché il numero predefinito di sedute (30) non è sufficiente per effettuare sia la terapia che il monitoraggio e, inoltre, a seconda del tipo di disturbo, potrebbe addirittura compromettere il successo della terapia. Per la sola diagnostica iniziale sono necessarie da 4 a 5 sedute, se i pazienti sono bambini anche fino a 7. • La verifica delle prestazioni tramite strumenti psicometrici va a discriminare le malattie psichiche a discapito di quelle somatiche per le quali una verifica di questo tipo non è richiesta. <p>La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI propone di verificare l'idoneità e la praticabilità di una diagnostica di questo tipo e degli</p>	
--	--	--	--	--

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

				strumenti da utilizzare nell'ambito di un apposito progetto modello, prima di deciderne l'introduzione. La verifica potrebbe svolgersi ad esempio in virtù del programmato «articolo sulla sperimentazione» della LAMal. In base ai risultati si potrà poi pensare, in un secondo momento, di ricavare e affinare un modello di campionamento da utilizzare di routine.	
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	3			<p>Assunzione dei costi di 30 sedute e limitazione del tempo massimo di una seduta</p> <p>La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI dissente dalla proposta di garantire l'assunzione dei costi per sole 30 sedute. Il numero di sedute dimostratosi efficace è 40. Per fare mente locale: anche negli anni '90 era previsto un numero di sedute inferiore, che si è dovuto poi portare a 40 proprio per ragioni di operatività.</p> <p>L'obbligo di stilare un rapporto a conclusione delle 30 ore produce una mole aggiuntiva di lavoro spropositatamente alta per tutte le parti coinvolte (fornitore di prestazioni, cassa, paziente). La prassi (con le assicurazioni private) ha dimostrato come i pazienti non sfruttino inutilmente l'intera prescrizione se non ve ne è un effettivo bisogno.</p> <p>È inopportuno contenere la durata delle sedute a 60 minuti per gli individui e a 90 minuti per i</p>	<p>L'assicurazione assume al massimo i costi di 30 sedute d'accertamento e di terapia di durata fino a 60 minuti per le terapie individuali e fino a 90 minuti per le terapie di gruppo. L'articolo 3b resta con riserva.</p>

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

				<p>gruppi, perché ciò impedirebbe l'attuazione di importanti forme terapeutiche, in particolare gli interventi in caso di crisi, le sedute di accertamento dedicate a bambini e adolescenti, le esposizioni all'ansia, la psicoterapia supportata da interpreti ecc., limitando fortemente l'accesso alle cure da parte di gruppi di persone particolarmente vulnerabili.</p> <p>La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI ritiene quindi che il tempo massimo di una seduta non vada fissato nell'ordinanza e chiede pertanto la cancellazione del passaggio relativo alla durata delle sedute per le terapie individuali e di gruppo. La durata deve essere regolamentata dalle convenzioni tariffali ovvero limitata tramite tariffazione. Cfr. anche lo stralcio dell'indicazione del tempo massimo di una seduta all'art. 11b cpv. 2 e 3.</p>	
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	3b	Rubrica Cpv. 1 frase introduttiva		V. motivazione all'art. 3	Procedura per l'assunzione dei costi per una terapia che duri più di 40 sedute Affinché dopo 40 sedute la psicoterapia continui ad essere remunerata dall'assicurazione, [...]
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	11b	1		Nessun commento	

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMa; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

<p>SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI</p>	<p>11b</p>	<p>1</p>	<p>a</p>	<p>Medici autorizzati alla prescrizione</p> <p>La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI accoglie senza riserve la proposta indicante i medici autorizzati a prescrivere la psicoterapia psicologica. Il fatto che medici di più categorie possano prescriverla è chiaramente funzionale alla riduzione delle barriere di accesso, in particolare anche in situazioni di crisi. Così anche le persone assicurate nel modello del medico di famiglia possono beneficiare della psicoterapia prescritta da un altro medico.</p> <p>Nella versione francese del modello di ordinanza è presente un errore di traduzione. La SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI presume che il testo determinante sia quello tedesco e si permette quindi di proporre la correzione per la versione francese, dove il titolo di specializzazione «Medicina dell'infanzia e dell'adolescenza» è stato tradotto in maniera errata.</p> <p>Stando alle informazioni fornite alla SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI dall'UFSP non è possibile correggere questo errore di traduzione nella procedura di consultazione in corso (mail del 2 settembre 2019, ore 12:53).</p>	<p>Proposta di modifica della versione francese:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p>
<p>SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI</p>	<p>11b</p>	<p>1</p>	<p>b</p>	<p>Interventi in caso di crisi</p> <p>Tra interventi in caso di crisi e terapie brevi non c'è nessuna connessione.</p>	<p>Proposta di modifica per le prestazioni per interventi in caso di crisi e terapie brevi per pazienti con gravi</p>

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

			<p>Poiché una crisi non dipende per forza da una malattia somatica, ma può essere scatenata anche da una patologia psichica, non è corretto restringere il campo alle crisi somatiche, ragion per cui l'aggettivo «somatico» andrebbe cancellato.</p> <p>Nell'ottica di ridurre le barriere di accesso, la SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI accoglie con favore la proposta concernente la possibilità per qualsiasi medico di effettuare la prescrizione per gli interventi di crisi. La proposta costituisce un chiaro passo avanti verso il miglioramento dell'accesso alle cure psicoterapeutiche. Manca però una definizione delle situazioni di crisi, compresi i criteri che devono essere soddisfatti perché se ne possa parlare.</p>	<p>malattie somatiche, in caso di una nuova diagnosi o in una situazione di pericolo di morte: su prescrizione di un medico con un titolo di perfezionamento di cui alla lettera a o con un altro titolo di perfezionamento.</p>
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	11b	2	<p>Limite a 15 sedute</p> <p>Il limite di 15 sedute è inaccettabile in quanto costoso e inutile. Non c'è ragione oggettiva che giustifichi la disparità di trattamento rispetto alla psicoterapia effettuata da un medico. Produce un sovraccarico amministrativo che va a scapito del tempo dedicabile ai pazienti e alla terapia e impedisce di fatto il trattamento di pazienti con gravi malattie croniche. Anziché migliorare l'accesso alla psicoterapia, questo limite lo peggiora.</p>	<p>Proposta di stralcio:</p> <p>Per le prestazioni di cui al capoverso 1 lettera a l'assicurazione assume al massimo il costo di 15 sedute di durata fino a 60 minuti per le terapie individuali e fino a 90 minuti per le terapie di gruppo.</p>

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

				Cfr. articolo 3 per le ragioni alla base della proposta di modifica concernente il tempo massimo di una seduta.	
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	11b	3		Non ci sono obiezioni contro il limite a 10 sedute per gli interventi in caso di crisi. Cfr. articolo 3 per le ragioni alla base della proposta di modifica concernente il tempo massimo di una seduta.	Per le prestazioni di cui al capoverso 1 lettera b l'assicurazione assume al massimo il costo di 10 sedute di durata fino a 60 minuti per le terapie individuali e fino a 90 minuti per le terapie di gruppo.
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	11b	4		V. art. 11b cpv. 2 Per la stesura dei rapporti, valgono le disposizioni di cui all'art. 11 cpv. 5.	Proposta di stralcio: Prima del termine delle sedute prescritte, lo psicoterapeuta psicologo fa rapporto al medico prescrivente.
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	11b	5		Al termine delle 40 sedute è lo psicoterapeuta responsabile del caso a dover stilare il rapporto e non il medico prescrivente. Qualsiasi altra disposizione è scientificamente inappropriata.	Se dopo 40 sedute la psicoterapia per le prestazioni di cui al capoverso 1 lettera a deve proseguire, si applica per analogia la procedura di cui all'articolo 3b; la domanda è presentata dal medico prescrivente, il rapporto è redatto dallo psicoterapeuta.
SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	Disposizione transitoria			L'arco di tempo proposto di 12 mesi in cui l'assicurazione continuerà ad assumere i costi delle prestazioni di psicoterapia delegata è calcolato con una certa ristrettezza, ma è accettabile.	

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

Dr. Florian Seger

Facharzt für Neurologie

Psychiatrie und Psychotherapie

Buochserstr. 4

6370 Stans

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

18. September 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort -vorbereitet durch die SMHC - ebenfalls Stellung zu den geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Somit lehne ich die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene* psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «**In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.**».

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und

2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».

- Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.
- **In** dieser Vernehmlassungsantwort, betone ich, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.
- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach

Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, SpARBEMÜHUNGEN besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte

Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;
- d. Logopäde oder Logopädin;
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.

Wir lehnen Art. 46 g. ab

~~g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer

allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass

möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosse Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmtesten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

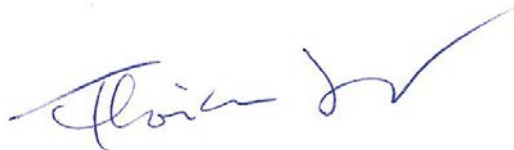
Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. Florian Seger

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV.....	Invalidenversicherung
KLV.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	Medizinaltarifkommission
MV	Militärversicherung
OKP.....	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM.....	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP.....	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC.....	Swiss Mental Health Care
SUVA.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen.....	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung.....	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern.....	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen.....	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz.....	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen.....	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten.....	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen.....	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz.....	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz.....	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen.....	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?.....	11
2.3	Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle.....	11
2.3.2	Fehlreize und Risikoselektion.....	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland.....	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung.....	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten.....	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten.....	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten.....	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet.....	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie.....	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis.....	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention.....	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife.....	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten.....	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand.....	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen.....	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten.....	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen.....	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED.....	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung.....	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner.....	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB.....	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMCH) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

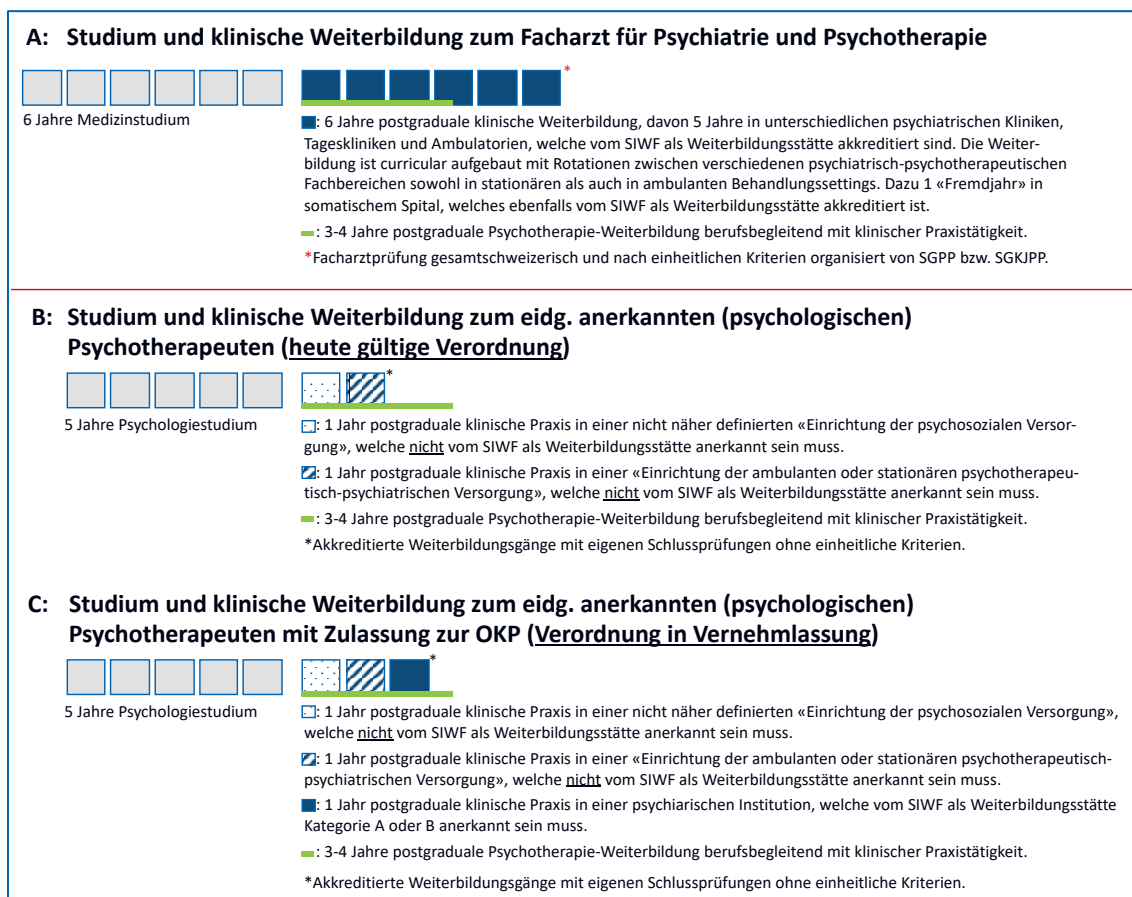


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11.2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

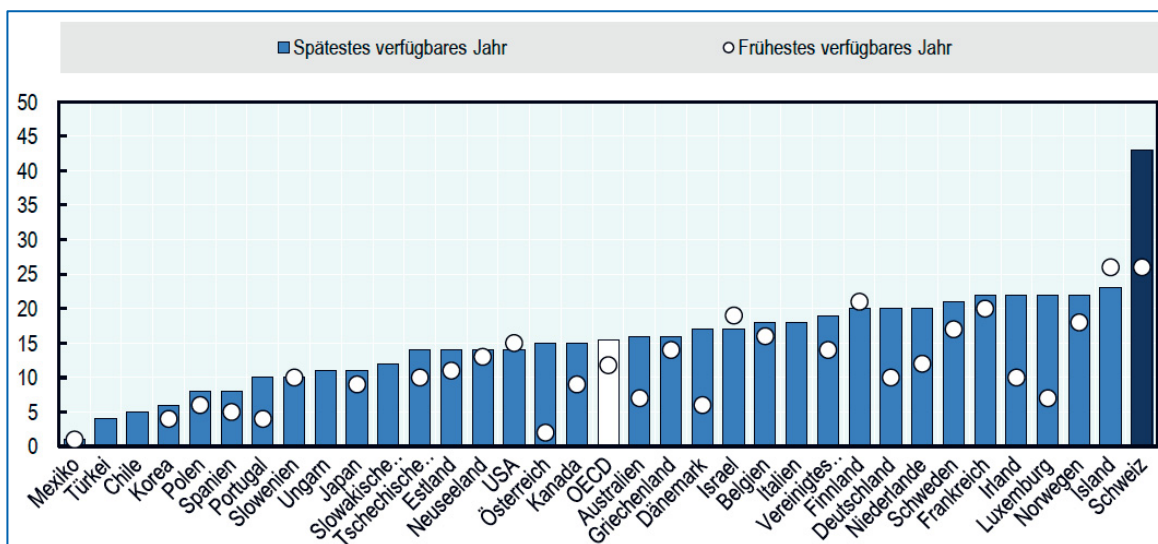


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.



Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärzttestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerzttestatistik/fmh-aerzttestatistik.cfm#1131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

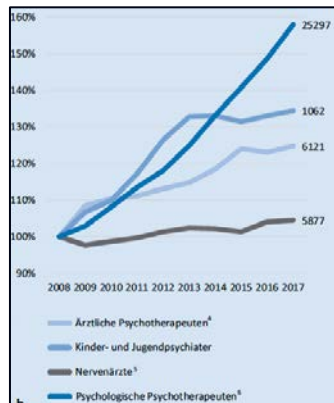


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

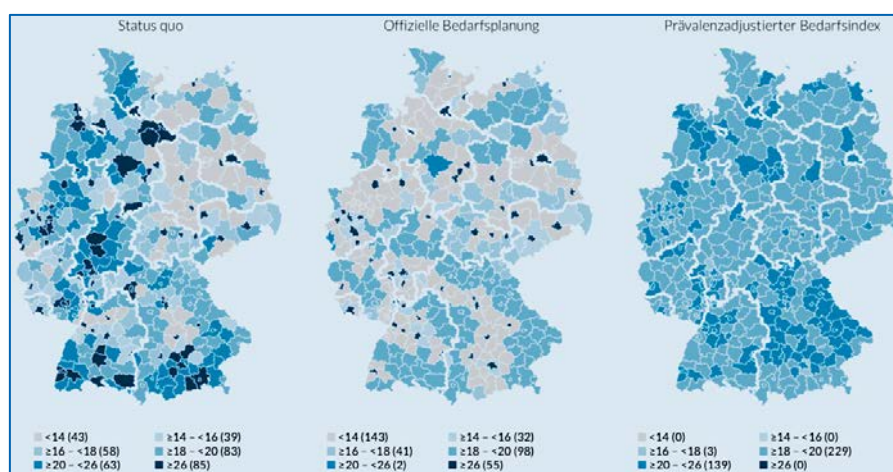


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermaßen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedarf orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

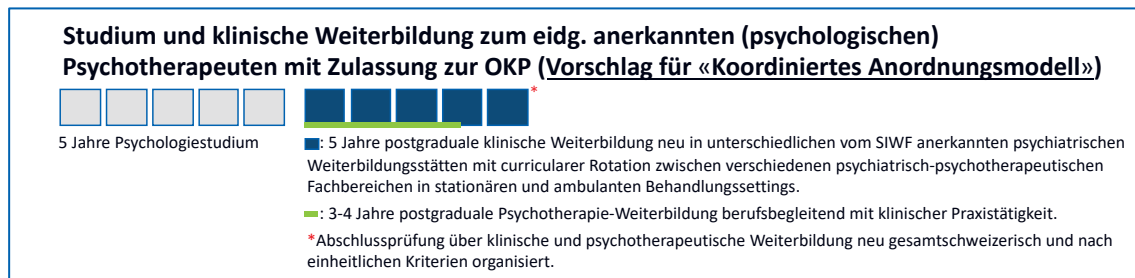


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

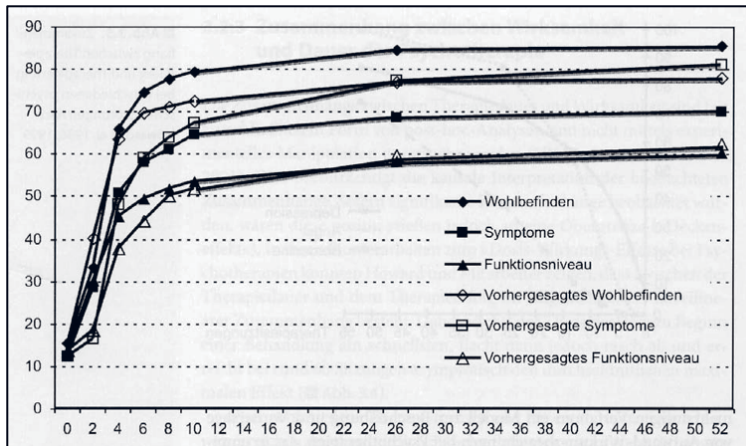


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsystem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsystem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutische Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

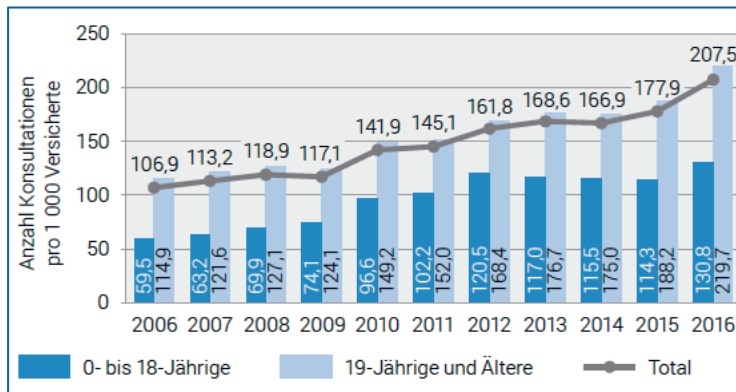


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Ordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Serge Katan

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Rütistrasse 18 a, 8702 Zollikon

Kontaktperson : Dr. med. Serge Katan

Telefon : +41 79 475 16 83

E-Mail : s.katan@bluewin.ch

Datum : 15. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17. Oktober an folgende E-Mail-Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

**Swiss Mental Healthcare SMHC
Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC
Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8**

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Bern, 10. September 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)
und
Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen. Die Swiss Mental Health Care (SMHC) nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Die SMHC lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «**In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.**».

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologiebefehrgesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

³ Quelle in Fussnote⁴, Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Die SMHC als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenkassen und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. Kostendeckung gewährleisten

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. I. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen.

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssen nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Ordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulass-

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

ten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;
- d. Logopäde oder Logopädin;
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.

Wir lehnen Art. 46 g. ab

~~g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psy-

chotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- | |
|--|
| <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |
|--|

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharztstiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharztstitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre. Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbstständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab.

Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbstständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Veränderungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch

unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird. Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlassenen Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab. Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Wir bieten Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Das koordinierte Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüssen



Dr. H. Conrad
Präsident SMHC

Prof. Dr. med. E. Seifritz
Präsident SVPC

Dr. med. O. Bilke-Hentsch
Präsident VKJC

E. Felber
Präsident VPPS

E. Baumann
Präsident VDPS

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

From: Silvia Cueni <silvia.cueni@hin.ch>
Sent: Montag, 12. August 2019 18:59
To: _BAG-Leistungen-Krankenversicherung
Cc: FMPP Newsletter; fppbs@outlook.com
Subject: Vernehmlassung Zugang zur Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich möchte Ihnen gerne einige meiner Überlegungen zur erwähnten Vernehmlassung mitteilen:

1. Dass alle aufgezählten Fachdisziplinen, die befugt sein sollen zu einer Anordnung, eine Psychotherapie anordnen können sollen, das geht nicht, finde ich. Ich sehe mich nicht in der Lage zu beurteilen, ob ein Gynäkologe oder Internist seine Behandlungen richtig macht; umgekehrt muss das Gleiche gelten: andere Fachdisziplinen können kaum beurteilen, ob ein psychologischer Psychotherapeut sein Handwerk versteht. Insbesondere auch darum, weil es in unserem Fach um kaum oder gar nicht messbare zwischenmenschliche Dimensionen geht. Ich zweifle, ob die angegebenen Fachdisziplinen, befugt zur Anordnung, in der Lage wären, zu merken, wenn etwas aus dem Ruder läuft in einer Therapie. Um den Verlauf einer Psychotherapie, durchgeführt durch einen Kollegen/eine Kollegin, einigermaßen beurteilen zu können, muss man sehr erfahren sein. Selbst Psychiater in ihren ersten Berufsjahren als Selbständige eignen sich nur bedingt dazu. Supervisoren sind typischerweise erfahrene, ältere Kolleginnen und Kollegen. Wie soll da beispielsweise ein Internist mithalten können?

Ich hatte auch schon mit einzelnen Hausärzten zu tun, und das ist kein Witz, die den Unterschied zwischen Psychiater und Psychologe nicht kannten. Ich bekam auch schon Überweisungen von somatischen Kollegen, die mir schrieben, der geschickte Patient sei „etwas eigenartig“ im Verhalten, könnten Sie mal schauen? Insgesamt denke ich, die psychologisch-psychiatrischen Fähigkeiten und Fachkompetenzen von Somatikern sind sehr heterogen ausgebildet. Fazit: ich finde, Anordnungen sollten ausschliesslich durch FMH Psychiater resp. FMH Kinderpsychiater erfolgen können.

Wenn wir alle vorgeschlagenen Anordner zulassen würden, könnte auch der Eindruck entstehen, was wir Psychiater machen, kann sowieso jeder...

Wir Psychiater sollten uns einsetzen dafür, dass unser Fach als anspruchsvoll gilt wie es das auch ist und uns oft aufs äusserste herausfordert, als Fachleute, aber auch als Menschen. Nicht umsonst gibt es so viele Suizide in unseren Reihen... Gemessen an der langen, teuren Ausbildung und an den hohen Anforderungen an uns, sind wir immer noch schlecht bezahlt. Das hat auch mit unserem Image zu tun, das wir über uns verbreiten.

2. Die Vorgabe einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten: ich könnte es noch halbwegs annehmen für die jungen, neu zugelassenen psychologischen Psychotherapeuten, die neu unter einer Anordnung arbeiten sollen. Aber Achtung: das gibt viel bürokratischen Aufwand, das kostet doch wieder! Und man gibt vor, etwas messen zu können, was gar nicht messbar ist. Ein sehr einflussreicher Faktor für das outcome einer Therapie ist die Qualität der therapeutischen Beziehung; und genau das ist nicht messbar. -

Dass man diese hochfrequente Diagnostik auch uns ärztlichen Psychotherapeuten auferlegen will, ist keinesfalls annehmbar. Wenn ein „Erfolg“ (was ist das genau???) nicht nachweisbar wäre nach 15 Stunden, was wäre dann die Konsequenz? Wir haben doch alle einige Patienten, die eine Langzeitbetreuung benötigen und sich der „Erfolg“ oft darauf beschränkt, eine gewisse Lebensqualität beibehalten zu können, Verschlechterungen, Rückfälle zu verhindern, etc. Und manchmal, bei den Schwerstkranken, gelingt nicht einmal das (Suizide...). Das Ganze ginge möglicherweise zu Lasten der Schwächsten und Kränksten, die auf unseren oft langjährigen Beistand angewiesen sind. - Ich bin auch nicht bereit, noch mehr Bürokratie hinzunehmen. Wir haben schon Trust Centers, Roko und MAS. Wann ist genug?

3. Wenn ein Patient zu Beginn einer Therapie darüber aufgeklärt werden muss, dass im schlechtesten Fall die Behandlung nach 15 Sitzungen nicht verlängert wird, bzw. in Tranchen von jeweils 15 Sitzungen gearbeitet werden muss und es droht jedesmal ein versicherungsgenerierter Abbruch, dann beeinflusst das den Patienten von Anfang an: die wirklich heiklen Dinge bringt er dann gar nicht auf den Tisch. Die Behandlung schrammt dann möglicherweise am Kern des Problems vorbei, der Nutzen ist dann fraglich. Diese 15-Sitzungen-Tranchen-Struktur ist Gift für eine erfolgreiche Behandlung und ist für mich nicht annehmbar. Jeder Patient hat zunächst mal das Anrecht auf eine open end-Situation, auf ein offenes Ohr ohne Limiten.

Wenn ich mir vorstelle, ich wäre eine solche Patientin und ich wüsste, ich muss alle 15 Sitzungen zum anordnenden Arzt gehen, das wäre mir nicht angenehm. Denn das Vertrauensverhältnis habe ich ja mit dem Psychotherapeuten. Und ich hätte durch diese regelmässigen Kontrollen vielleicht Zweifel an der Qualifikation des Psychotherapeuten, wenn dieser alle 15 Sitzungen quasi überprüft werden muss. - Und wenn ich mich in die Haut des Psychotherapeuten versetze, würde ich mich wie ein Lehrling fühlen, der kontrolliert werden muss, obwohl ich diplomiert bin. Nicht wirklich förderlich, oder?

4. Und dann die Limite, dass alle schon beim Erreichen von 30 Sitzungen einen Kostenantrag stellen müssten: das ist für uns Psychiater ein Nachteil und nicht annehmbar. 40 Sitzungen als Limite finde ich verhältnismässig. Das sollte bleiben. Und zwar für alle.

4. Und dann gibt es noch das schwierige Thema, wie man mit somatischen resp. psychiatrischen Aspekten umgehen könnte, wenn psychologische Psychotherapeuten behandeln. Unlängst z.B. hat mir ein sehr erfahrener Psychologe mit gutem Ruf, einen jungen Mann überwiesen, der schon ca. ein Jahr vor der Überweisung in einer hochfrequenten psychologischen Psychotherapie psychotisch gewesen war und der Psychologe hat es nicht bemerkt! - Ich habe auch schon Lithium Patienten mit einer Li-Intox gesehen, welche bei einem Psychologen in Behandlung waren; die Vergiftungssymptome wurden psychologisch gedeutet. - Und dann die vielen Patienten, welche eine Vielzahl von chronischen somatischen Krankheiten haben und gleichzeitig psychiatrisch sehr krank sind. Dieses Klientel ist meiner Ansicht nach bei psychologischen Psychotherapeuten auch nicht gut betreut. Im Hinterkopf von uns Psychiatern läuft immer die somatische Differenzialdiagnose mit, und das muss auch so sein. Wie kann ein psychologischer Psychotherapeut wissen, wann er den Patienten in eine somatische Diagnostik schicken muss, wenn er die Zeichen gar nicht erkennt? - Für die Lösung dieses Problems habe ich keine schlaue Idee. Aber ich finde, hier muss noch etwas ausgearbeitet werden.

Ich bin grundsätzlich für einen Systemwechsel von Delegation zu Anordnung. Aber dieses Problemfeld muss irgendwie so geregelt werden, dass die Patienten nicht gefährdet werden bzw. keine Nachteile hinnehmen müssen.

Diese Gedanken sind nicht abschliessend.

Mit freundlichen Grüssen
Dr. S. Cueni

Dr. med. Silvia Cueni
Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie
Clarahofweg 19A
4058 Basel

☎ 061 683 39 59
Telefonische Erreichbarkeit: Mo – Do 15 – 16 h
✉ silvia.cueni@hin.ch
B 1058.12 NIF 157973

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Irina Simonett

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse :

Kontaktperson : Irina Simonett

Telefon :

E-Mail : irina.simonett@gmx.net

Datum : 31.8.19

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
I.S.	Art. 50c 2.3	2.3		Ist bereits mit 2 Jahren während der Ausbildung abgedeckt. Diese Regelung ist und soll im PSYG geregelt sein. Es ist nicht ersichtlich, warum es hier nochmals geregelt werden sollte. In der Ausbildung ist Psychopathologie sowie 2 Jahre klinische Erfahrung enthalten. Das ist die 4 jährige Ausbildung, die damit beendet ist. Zudem: es herrscht Psychiatermangel/Therapiemangel im ambulanten Bereich. Wenn noch ein 3. Jahr angefügt wird, wird dieses Problem vergrössert, statt wie geplant, verringert. Die Versorger im ambulanten Setting fallen wieder dadurch weg. Die Breite und Niederschwelligkeit ist nicht mehr da. Das Hauptziel wäre nicht mehr erfüllt. Es erfüllt somit den Sinn und Zweck nicht, wenn dieser Artikel bestehen bliebe. Ein weiteres Jahr macht des Weiteren keinen Sinn, da bereits heute zu wenig Stellen in Kliniken vorhanden sind. Zudem: Wer würde die Stellen mit angemessenem Lohn (nicht Assistenzlohn) bezahlen? Und zum Schluss ist diese Tätigkeit in Kliniken für die psychotherapeutische Arbeit nur ein geringer Teil. Die Erfahrung ist dafür bereits während der Ausbildung enthalten.	Weglassung
I.S.	2.5			Welche Messinstrumente werden verwendet? Wer bestimmt das Messinstrument? Sind die Messinstrumente auch für Ärzte? Zu unklar formuliert in diesem Artikel. Zudem: was geschieht, wenn keine Wirkung in der Therapie gezeigt wird? Therapeutenwechsel? Man weiss heute jedoch, dass die Beziehung eine starke Wirksamkeit hat. Verschlechterung des	Es kommt aufs Messinstrument darauf an und sollte weggelassen oder wenn dann eine Verwendung eines Messinstruments, welche nicht nur die Symptominderung sondern auch alle Aspekte einer Therapie beinhaltet. Die gesamte Veränderung müsste abgedeckt und abgebildet sein. Der

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Befindens, wenn schnelle Wechsel stattfinden (Studien). Zudem zeigen Therapien zu Beginn häufig eine Verschlechterung des Befindens der Klienten, da sie mit den Themen sich konfrontieren. Wenn eine Messung: Zeitpunkt der Messung: wann?</p>	<p>Therapieerfolg ist zu komplex, um in einem Fragebogen zu erfassen. Tests sind nicht einzige Messinstrument, es braucht andere Faktoren.</p>
I.S.	2.6			<p>gut: Vernetzung der Ärzte und Psychotherapeuten</p>	
	2.6			<p>Nicht sinnvoll: erneute Kosten für die Kontaktaufnahme der Ärzte auf Seiten der Therapeuten, um über die Therapie zu berichten. Zudem Belastung des Hausarztes, da er eine Beurteilung machen muss, wovon er jedoch nicht selbst die Therapie gemacht hat. Eine Beurteilung zu geben, ohne selbst die Therapie zu machen, macht wenig Sinn. Die Berichtskosten (Schreiben der Berichte) der Therapeuten und/oder Ärzte käme zusätzlich dazu. Wer bezahlt dies?</p> <p>Der Hausarzt ist nicht der Behandler. Eine Einschätzung sollte von der Person ausgehen, welche die Behandlung durchführt. Die Stellungnahme nimmt sowieso der Therapeut.</p> <p>Bereits nach 15 Sitzungen gibt mehr Kosten, da der HA eine Beurteilung machen muss: Kosten von Gesprächszeit von Therapeut mit Hausarzt, die Gesprächszeit des Hausarztes und das Erstellen des Berichts. Es entstehen Mehrkosten durch diese Überprüfung. Studien zeigen, dass nach 30 Sitzungen der Grossteil der Therapien abgeschlossen sind.</p> <p>Diese Neuregelung bringt für die Krankenkassen eine Steigerung der Kosten.</p> <p>Frage: Bei somatischen Beschwerden werden 10 Sitzungen sofort</p>	<p>Die Beurteilung sollte von der Person gemacht werden, welche die Therapie macht.</p> <p>30 Sitzungen, danach eine Kostengutsprache.</p> <p>Bei Patienten und Patientinnen mit schweren</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				gegeben. Warum nicht bei psychischen? Suizidale Personen sind genauso in Gefahr.	somatischen sowie psychischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder einer lebensbedrohlichen Situation sollen für Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien bis maximal 10 Sitzungen keine Einschränkungen der Anordnungsbefugnis gelten (Art. 11b Abs. 1 Bst. b). Damit soll sichergestellt werden, dass der Patientenkreis, der von einer besonders vernetzten interdisziplinären Behandlung besonders profitieren kann, einen raschen Zugang zu begleitender Psychotherapie erhält bzw. behält (z.B. Psycho-Onkologie). Für die Fortführung einer Therapie ist danach eine Anordnung nach dem eingeschränkten Kreis der Fachärzte der erweiterten Grundversorgung nach Artikel 11b Absatz 1 Buchstabe a KLV erforderlich.
I.S.	2.7			Es ist fragwürdig, dass die Ärzte die Beurteilung machen sollten. Das psychologische Wissen haben die Psychologen/Psychotherapeuten. Ein Arzt ohne Wissen soll entscheiden? Das macht kein Sinn. Der Beurteiler, wer auch immer das ist, muss kompetent im Fach sein. Wer wertet die Instrumente aus? Ergibt weitere Kosten für die Auswertung. Die Sitzungen wurden beschrieben: wo ist die Admin-Zeit? Vor- und Nachbearbeitungszeit der Sitzung – wie ist dies geregelt, wenn keine Zeit in Abwesenheit mehr verrechnet werden kann?	
I.S.	2.8			Möglichkeit der delegierten Arbeit bestehen lassen für Personen in der Weiterbildung mit der Regelung bis Abschluss zur Therapieausbildung.	Personen in der Psychotherapie-Weiterbildung können delegiert bei dafür ausgewiesenen Fachärzten arbeiten.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

I.S.	2.9.			<p>Angaben zu den Tarifen fehlen. Wir stimmen diesem Punkt nicht zu.</p> <p>Die Tarife werden von den Krankenkassen bestimmt? Jeweils unterschiedliche für Ärzte und Psychotherapeuten? Die Admin-Zeit: wie ist die geregelt?</p> <p>Nochmals: bei diesem Punkt kann ich nicht zustimmen und sollte genauer beschrieben sein.</p>	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerisches Rotes Kreuz, Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer

Abkürzung der Firma / Organisation : SRK

Adresse : Werkstrasse 16, 3084 Wabern

Kontaktperson : Frau Christine Kopp, Stv. Direktorin SRK
Frau Manuela Ernst, Leiterin Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer SRK

Telefon : 058 400 47 75

E-Mail : manuela.ernst@redcross.ch

Datum : 10. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SRK	<p>Das SRK bedankt sich beim Bundesrat für die Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Dies ist der lang erwartete Schritt zur Abschaffung des Delegationsmodells hin zur Anerkennung der postgradualen Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben – eine Sachlage, die bereits durch das Inkrafttreten des PsyG im Jahr 2013 gesetzlich verankert wurde. Das SRK bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p>
SRK	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche das SRK klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das SRK ist vollumfänglich einverstanden mit den Zielen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie, speziell auch in Krisen- und Notfallsituationen. Dies sehen wir insbesondere bei der sehr spezifischen Gruppe der Patientinnen und Patienten des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsopfer SRK, namentlich traumatisierten geflüchteten Menschen, für welche in der Schweiz nicht genügend spezialisierte Therapieplätze vorhanden sind. Durch die Anordnung seitens der Grundversorger werden bestehende Hürden in der Versorgung von psychisch Kranken abgebaut. Weiter stützen wir klar die durch den Modellwechsel erwartete Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung durch die Verbindlichkeit des PsyG. • Vollumfänglich einverstanden ist das SRK mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der Patientinnen und Patienten erhöht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart. Dies gilt insbesondere auch im Bereich der Traumatherapie für geflüchtete Menschen, zumal in zahlreichen Kantonen ein Mangel an Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie festzustellen ist. Die Vorlage erleichtert die psychotherapeutische Versorgungslage erheblich und senkt die Zugangshürde für traumatisierte Geflüchtete deutlich.
SRK	<p>Inhalte der Vorlage, welche das SRK ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das SRK lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Sie fordert die Beibehaltung der bisherigen Anordnung von 40 Sitzungen, da sich diese Praxis bewährt hat und die Beschränkung auf 30 Sitzungen die Administration und letztendlich die Kosten steigert. Insbesondere

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>im Bereich der Traumatherapie für Geflüchtete sind Therapien – nicht zuletzt wegen dem Bedarf an Übersetzung, aber auch wegen der meist hoch komplexen und komorbiden diagnostischen Ausgangslage – zeitintensiv, weshalb eine Reduktion von 40 auf 30 Sitzungen zu unnötigem Zusatzadministrationsaufwand führen würde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das SRK lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Das SRK ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. • Das SRK lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Das SRK schlägt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag vor. • Das SRK ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) durch den anordnenden Arzt einverstanden. Der dazugehörige Bericht muss aber zwingend vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. • Das SRK lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik, wie sie im Vorschlag definiert ist, ab und verlangt stattdessen die Prüfung der Tauglichkeit und Praktikabilität einer solchen Diagnostik an einem Modellprojekt. Hiernach kann ein Stichprobenverfahren implementiert werden.
SRK	<p>Ergänzungen, welche das SRK vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologinnen und Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Das SRK würde es jedoch begrüßen, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenz analog den Ärztinnen und Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeutinnen und -therapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht des SRK braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>einem Anstellungsverhältnis zu erbringen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das SRK unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich das SRK eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Das SRK fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. Des Weiteren muss die Übersetzung durch interkulturelle Dolmetschende für Patientinnen und Patienten, die keine ausreichenden Kenntnisse einer Schweizer Landessprache haben, eine durch die Krankenkasse finanzierte Leistung werden. Dafür sind entsprechende Tarifpositionen zu schaffen. Nur so kann beispielsweise für traumatisierte Geflüchtete der Zugang zu Psychotherapie gesichert werden. Zwecks Qualitätssicherungsgründen könnte die Übernahme von Übersetzungsleistungen durch die Krankenkassen beispielsweise an das Zertifikat INTERPRET gekoppelt werden.
<p>Error! Reference source not found.</p>	
<p>Error! Reference source not found.</p>	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SRK	45-50a			Keine Bemerkungen	
SRK	50b			Keine Bemerkungen	
SRK	50c	1	a & b	Eidg. Titel und kantonale Bewilligung Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren, erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.	
SRK	50c	1	c	Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht des SRK unbestritten. Das SRK unterstützt auch das Argument des Bundesrats, dass die Erfahrung in interprofessionellen Teams und mit einem breiten Störungsspektrum wichtige Voraussetzungen sind für die Behandlung von Krankheiten im Rahmen des KVG. Das SRK steht aber der geforderten zusätzlichen Erfahrung von 12 Monaten klinischer Praxis kritisch gegenüber, sofern diese nur nach Abschluss der Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten	Änderungs- und Ergänzungsvorschlag: c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>erfolgen kann. Das SRK begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für das SRK ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt oder einer Fachärztin in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Das SRK fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs. 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt das SRK ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
SRK	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Das SRK fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p>	d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)
SRK	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Das SRK ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet das SRK aber die grosse Knappheit der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze. Im Hinblick auf eine langfristige Sicherstellung der Versorgung und um eine Verknappung an Ausbildungsplätzen zu verhindern, schlägt das SRK Folgendes vor:</p>	<p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p>	<p>Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p>
SRK	52d			Keine Bemerkungen	
SRK	(neu) 52e			Keine Bemerkungen	
SRK	Übergangsbest.	1 & 2		Das SRK begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeuten. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.	
SRK	Übergangsbest.	3		Keine Bemerkungen	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.SRK	Art. 2 Abs. 1 Bst. a	Keine Bemerkungen	
Error! Reference source not found. SRK	Art. 2 Abs. 1 Bst. b	<p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Das SRK teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit dem Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wird das Ziel verfehlt. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jede Patientin respektive jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der Eingangsdiaagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen. 	<p>Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen</p> <p>b. Sie umfasst eine Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<ul style="list-style-type: none"> Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Das SRK schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p>	
Error! Reference source not found. SRK	Art. 3	<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Das SRK ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patientinnen und Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen</p>	Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>würde damit deutlich erschwert. Dies gilt insbesondere auch für kriegs- und foltertraumatisierte Geflüchtete, die in aller Regel im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung auf evidenzbasierter traumatherapeutische Verfahren angewiesen sind, welche im Einzelsetting oft standardmässig 90 Minuten in Anspruch nehmen.</p> <p>Das SRK ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs. 2 und 3.</p>	
Error! Reference source not found. SRK	Art. 3b Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz	Siehe Begründung zur Art. 3.	<p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p>
Error! Reference source not found. SRK	Art. 11b Abs. 1	Keine Bemerkungen	
Error! Reference source not found. SRK	Art. 11b Abs. 1 Bst. a	<p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Das SRK begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärztinnen und Ärzte. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedene Kategorien von Ärzten dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen. Gerade für die Patientinnen und Patienten des</p>	<p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Ambulatoriums für Folter- und Kriegsofopfer SRK erleichtert dies einen zeitnahen Zugang zu einer professionellen psychotherapeutischen Versorgung.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Das SRK geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist.</p>	
Error! Reference source not found. SRK	Art. 11b Abs. 1 Bst. b	<p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst das SRK den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärztinnen und Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p>	<p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p>
Error! Reference source not found. SRK	Art. 11b Abs. 2	<p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patientinnen und Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen, beispielsweise von sequentiell und komplex traumatisierten Geflüchteten, wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den</p>	<p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	
Error! Reference source not found. SRK	Art. 11b Abs. 3	Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.
Error! Reference source not found. SRK	Art. 11b Abs. 4	Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.	Antrag auf Streichung Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.
Error! Reference source not found. SRK	Art. 11b Abs. 5	Die Berichte nach 40 Stunden müssen von der/dem fallverantwortlichen Psychotherapeuten/ -therapeutin erstellt werden und nicht vom anordnenden Arzt respektive Ärztin. Alles andere ist nicht sachgerecht.	Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar; der Antrag erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin, der Bericht erfolgt durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin.
Error! Reference source not found. SRK	Übergangs- bestimmung	Der Zeitraum von 12 Monaten, in denen die delegierte Psychotherapie noch über die Versicherung abgerechnet werden kann, ist eher knapp bemessen, kann aber akzeptiert werden.	
Error! Reference source not found.			

Dr. med. Stefanie Knop
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Heuberg 34
4054 Basel



pre Email 4.10.19

Herrn Bundesrat
Alain Berset
Eidg. Dep. des Innern EDI
Generalsekretariat GS-EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

Basel, 03.10.2019

Vernehmlassungsentwurf Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26. Juni 2019

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset,

ich habe grossen Respekt für Ihre energischen und anspruchsvollen Bemühungen um die notwendige Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitssystems. Der neue Entwurf zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie wurde sicherlich mit viel Aufwand, Umsicht und Vorarbeit entwickelt.

Leider sind jedoch die Vertreter der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) in die Ausarbeitung des nun vorliegende Entwurfs der geplanten Neuregelungen nicht einbezogen worden. Dieses Versäumnis ist dem Entwurf deutlich anzumerken.

Gerne nehme ich als betroffene Fachärztin für Psychiatrie *und* Psychotherapie daher die Möglichkeit wahr, im Rahmen der Vernehmlassung zum geplanten Anordnungsmodell und den weiteren damit verbundenen Änderungen persönlich Stellung zu nehmen.

Vorbemerkung:

Als ärztliche Psychotherapeutin habe ich nebst dem mind. sechsjährigen Studium der allgemeinen Medizin sowohl eine langjährige psychiatrische Vorbildung (mind 5 Jahre) als auch ein psychotherapeutische Ausbildung, die für psychoanalytisch ausgerichteten Therapeuten bekanntlich sehr umfangreich ist (mind. 3 Jahre, als EFPP zertifizierte Therapeutin 5 Jahre). In meinem Fall kommen 3 Jahre internistische Erfahrung im somatischen Bereich hinzu.

Eine Besonderheit des Schweizerischen Facharztes für Psychotherapie und Psychiatrie ist es, dass er die einzige Möglichkeit darstellt, als Arzt „hauptamtlich“ psychotherapeutisch tätig zu sein. (Dies im Gegensatz zum deutschen Facharztssystem, bei dem zwischen „Psychiatern“ und Fachärzten für „Psychotherapeutische Medizin“ unterscheiden wird.) In der Schweiz liegt es in der Freiheit des Facharztes, selbst zu bestimmen, welches Gewicht er in seiner Praxis auf die psychotherapeutische Tätigkeit legt und welchen Anteil psychiatrische Kernkompetenzen wie beispielsweise die Begutachtung und Behandlung mit Psychopharmaka bei seiner Tätigkeit ausmachen. Beide fachärztlichen Bereiche sind für grundversicherte Patienten gedeckt und erstattungsfähig.

Ich arbeite schwerpunktmässig psychotherapeutisch, die Facharztausbildung habe ich mit dem Ziel gemacht, „psychoanalytische Psychotherapeutin“ zu werden. Dennoch wende ich auch meine *medizinischen* und *psychiatrischen* Kenntnisse bei jedem meiner Patienten nicht nur zur Beginn jeder Behandlung sondern auch im Verlauf ständig an.

Dies betrifft keineswegs nur Patienten mit Psychosen oder schweren Depressionen bzw. bipolaren Störungen sondern auch Fälle, deren psychische Symptome von sonstigen somatischen Erkrankungen (Komorbiditäten) und Medikamenten begleitet und somit komplex bedingt sind (zum Beispiel unter Cortisonbehandlung oder Behandlung blutdrucksenkenden Mitteln wie Betablockern o.ä.).

Besonders häufig aber nützt mir mein medizinisches Wissen bei der Vielzahl von Patienten, die unter körperlichen Symptomen ohne organisches Korrelat leiden, Symptome, deren Zuordnung (somatisch oder seelisch) oft sehr schwierig ist und die häufig viele, auch kostspielige Abklärungen mit sich bringen. Ohne medizinisch-psychiatrische Kenntnisse können hier erhebliche Unsicherheiten auch im Verlauf von Behandlungen entstehen.

Die ungestörte Fortsetzung meiner Psychotherapien findet somit in der ständigen Auseinandersetzung und Überprüfung der Frage, ob weitere medizinischen bzw psychiatrische Diagnostik- oder Behandlungselemente indiziert sind, statt. Dabei kommen mir auch meine internistischen Kenntnisse zugute. Dieser „Dialog“ des Psychotherapeuten mit dem Mediziner stellt einen Beitrag zu einer Qualitätssicherung dar, der - wie in meinem Fall - als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie - eben in „Personalunion“ geschehen kann. In intensiven analytischen Psychotherapien habe ich den notwendigen medizinisch-psychiatrischen Part aber durchaus auch schon an einen Hausarzt oder anderen Psychiater übergeben, um mich auf die psychotherapeutische Arbeit beschränken zu können.

In jedem Fall aber laufen alle meine Therapien auch im Verlauf stets unter Kontrolle einer *medizinisch-psychiatrisch geschulten* Ansprechperson ab, auch, wenn diese in manchen Fällen eher latent im Hintergrund bleibt.

Diese Kontrolle dient der Gewährleistung und dem Schutz einer sinnvollen psychotherapeutischen Arbeit und ist mit dem Setting und den Rahmenbedingungen der Therapie abgestimmt. Sie trägt aber auch dazu bei, Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Therapie zu überprüfen und zu gewährleisten (beispielsweise durch die Verhinderung unnötiger Abklärungen). Ob diese Kontrolle nun in Personalunion geleistet wird oder auf zwei Personen aufgeteilt ist, ist für die medizinische Qualität und Sicherheit dabei nicht unbedingt entscheidend.

Entscheidend ist vielmehr, dass es überhaupt eine ausreichende *medizinisch-psychiatrische Kontrolle* auch im Verlauf gibt. Ob diese gelingt, hängt dabei nicht nur von den Kompetenzen der Beteiligten sondern auch von der Qualität ihrer Zusammenarbeit und insbesondere ihrer Kommunikation ab. Wichtig und genauso entscheidend ist dabei, dass die medizinisch-psychiatrische Kontrolle der Psychotherapie dient und diese nicht behindert.

Persönliche Stellungnahme:

Der zur Vernehmlassung vorliegende Entwurf beinhaltet drei Teile: 1.) eine Änderung der KVV, 2.) eine Änderung der KLV. und 3.) Voraussetzungen für die psychologische Psychotherapie

ad 1.) Die Änderung der KVV ermöglicht neu PsychologInnen für den Kompetenzbereich Psychotherapie eine direkte Abrechnungsmöglichkeit mit den Krankenkassen und stärkt dadurch deren Unabhängigkeit und Eigenverantwortlichkeit. Sie bringt eine *Annäherung* an die Situation der ärztlichen Psychotherapeutinnen für die einzelne Therapiestunde mit sich, was in finanzieller Hinsicht auch zu einer Verbesserung des Stundenhonorars der Psychologischen Psychotherapeuten führen könnte.

Zusammen mit dem Anordnungsmodell wird im Vergleich zum Delegationsmodell insgesamt eine Emanzipation und damit eine Aufwertung der psychotherapeutischen Kompetenz, Verantwortung und Eigenständigkeit der PsychologInnen bewirkt. Das finde ich grundsätzlich richtig und gerecht.

Wie eingangs ausgeführt, gewährleistet der *ärztliche* Psychotherapeut jedoch zusätzlich zur psychotherapeutischen Arbeit fortlaufend die notwendige medizinisch-psychiatrische Begleitung und Kontrolle, welche bei psychologischer Psychotherapie ebenfalls erforderlich, jedoch personell ausgelagert und deshalb separat vergolten werden muss. Die psychologische Psychotherapie bringt also bei angemessener medizinischer Mitbegleitung unvermeidliche zusätzliche Arzt-Kosten mit sich, die konsequenter Weise in die Beurteilung der zu erwartenden Kosten der psychologischen Psychotherapie einbezogen werden müssen.

Das bedeutet, dass die notwendigen Mehrleistungen des medizinisch-psychiatrisch geschulten Facharztes und deren Honorierung nicht automatisch entfallen werden, wenn die Psychotherapie im Anordnungsmodell vermehrt von Psychologen übernommen wird und sofern die bisherige Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Patientenversorgung erhalten werden soll.

Die *Zulassungsvoraussetzungen* für psychologische Praxen sind im Vergleich zu ärztlichen Praxen wesentlich einfacher und schneller zu erreichen, was faktisch einer quasi unbeschränkten Zulassung von psychologischen Praxen im Gegensatz zu einer stark regulierten Zulassung der ärztlichen Psychotherapeuten entspricht. Dies vor dem Hintergrund der jahrelangen völligen „Praxisstopps“. Es ist klar, dass sich das zahlenmässige Verhältnis der psychologischen Psychotherapeuten zu ärztlichen Psychotherapeuten auf diese Weise zunehmend zugunsten der Psychologischen Therapiepraxen verschieben wird.

Ich finde es grundsätzlich richtig, dass die Zahl der selbstständigen Praxen mit kompetenten Psychotherapeuten sich erhöht und dass die Psychologischen Psychotherapeuten bei der Zulassung aufholen können, damit die frühere Benachteiligung ausgeglichen wird.

Eine Bevorzugung der Bewilligungen von psychologischen Praxen, wie sie aufgrund der derzeit bestehenden einseitigen Regulierung zu Lasten der ärztlichen Praxisbewilligungen besteht, halte

ich hingegen für falsch. Falls diese beibehalten würde, droht eine Unterversorgung mit Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie. In den Kliniken, die die zukünftigen Fachärzte ausbilden, herrscht der Nachwuchsmangel ja schon jetzt.

Es ist meine Befürchtung, dass mit der einseitigen Regulierung und der daraus hervorgehenden Unterversorgung im ambulanten Bereich die psychiatrischen Fachärzte zunehmend und einseitig auf ihre psychiatrischen Kompetenzen reduziert werden. Eine derart tiefgreifende Veränderung der Facharztstätigkeit stellt einen Eingriff in die Attraktivität des Berufs des Psychiaters dar. Dies ist nicht nur für bereits ambulant tätigen Ärzte wie mich gravierend sondern es trägt auch zukünftig zu einer Verstärkung des Nachwuchsmangel an Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bei.

Im Bereich des Notfalldienstes - in einigen Kantonen ein Obligatorium für jeden ambulante tätigen Psychiater, das an die Praxiszulassung gekoppelt ist - besteht diese einseitige Zuteilung der Notfallversorgung bereits. Eine Abnahme der ambulant tätigen Psychiater zugunsten der Psychologen wird sich dementsprechend unter den bestehenden Bedingungen auch mit einer weiter zunehmenden Notfalldienst-Belastung für den einzelnen Psychiater auswirken.

Kommt also eine künstliche Aufspaltung von Therapeuten und Patienten (wie in Deutschland) auf uns zu? Eine Aufspaltung, bei der die Psychiater verpflichtet werden, nur mehr die schwer kranken, chronifizierten dann sogenannten „psychiatrischen“ Patienten und Notfälle zu betreuen, während Psychologen die weniger kranken dann sogenannten „Therapie“-Patienten psychotherapeutisch behandeln?

Das wäre ein Rückschritt im Schweizer Gesundheitssystem zu Lasten der ärztlichen Psychotherapeuten, vor allem aber zu Lasten der Patienten mit komplexen, schweren und chronischen Erkrankungen, die auf immer weniger Fachärzte treffen werden.

ad 2.) Die Änderungen der KLV stellen die *Anforderungen* an ärztliche und psychologische Psychotherapie gleich, d.h. die psychologische Psychotherapie muss den gesetzlichen Forderungen nach WZW-Kriterien genauso genügen, wie die ärztliche PT. Es wird damit verhindert, dass die psychologische PT geringeren Standards genügen muss und damit „niederschwelliger“ würde. Das finde ich grundsätzlich richtig und konsequent. Das gleiche gilt für Kriterien, Instrumente und Rahmenbedingungen, durch welche eine Qualitätskontrolle und eine Beurteilung der Kostenübernahme durch den Versicherer erfolgt: Es ist richtig, dass für ärztliche und psychologische Therapien die gleichen Maßstäbe angelegt werden. Es ist nachvollziehbar, dass die psychologische Psychotherapie insbesondere am Anfang einer engmaschigeren Überprüfung bedürfen. Ebenso ist es nachvollziehbar, dass nach Ablauf einiger Sitzungen entschieden werden muss, ob es bei einer Krisenintervention bleibt oder ob eine Therapie i.e.S. erforderlich ist. Deshalb kann ich akzeptieren, dass es nach den *ersten* 15 Sitzungen eine erneute Kontrolle und Prüfung der Therapie-Indikation braucht.

Die Frage ist aber, wieso mit der Einführung des Anordnungsmodells die Anzahl Sitzungen vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 pro Erkrankungsepisode gesenkt werden soll. Die Anzahl von 40 Sitzungen ist vor kaum 10 Jahren nach langen Verhandlungen eingeführt worden, um den bürokratischen und zeitlichen Aufwand für alle Beteiligten zu

begrenzen, dies nachdem es übergangsweise eine Meldepflicht nach 10 Therapiesetzungen gab, wenn die Behandlung fort gesetzt würde.

40 Sitzungen entsprechen bei einer Behandlungsfrequenz von 1 Stunde pro Wochen abzüglich Ferienunterbrechungen etwa einem Jahr. Diese Dauer definiert bei psychoanalytischen Therapien eine sogenannten Kurztherapie - dies im Gegensatz zur kürzeren Krisenintervention (10 bis 12 Sitzungen).

Die Überprüfung der Therapie-Indikation nach 12 bis 15 Sitzungen bei psychologischen Therapien ist im Hinblick auf den Übergang Krisenintervention - (Kurz-)Therapie wie oben schon ausgeführt akzeptabel, zumal sie auch als erneute medizinische-psychiatrische Kontrolle genutzt werden kann. Die Reduktion auf 30 Sitzungen für alle stellt hingegen einen Rückschritt dar und bedeutet für die begonnen (Kurz-)Therapie eine unnötige Störung. (vergl. auch Pkt. 3. zur Sitzungszahl pro ärztliche Anordnung)

Im Sinne des Zeitgeists, der der hochqualifizierten und aufwändigen Ausbildung des zu ständiger Fortbildung verpflichteten Mediziners nicht mehr traut, ist die ebenfalls neu vorgesehene Vorgabe zur *Durchführung einer Einstiegs-, Verlaufs und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten* nicht überraschend. Sie entspricht dem Ruf nach *mehr* und für Nicht-Fachleute *einfach nachvollziehbarer* äusserer Kontrolle.

Es stellt sich aber dennoch die Frage, warum die Qualitätssicherung, die die Einhaltung der WZW-Kriterien anhand des ärztlichen Berichts- und Gutachtensystems überwacht, nicht genügt. Es stellt sich ausserdem die Frage, welche zusätzlichen Informationen diese Instrumente eigentlich genau bringen sollen und welche Konsequenzen diese Informationen haben. Was geschieht, wenn diese sogenannte „Erfolgs-Diagnostik“ negativ ausfällt - werden dann Kostengutsprachen rückwirkend ungültig und mit Regressforderungen verbunden?

Eine zweite Ebene betrifft die praktische Durchführbarkeit: Wie sollen diese „validierten Messinstrumente“ geartet sein? Wenn es Fragebögen, die nach dem aktuellen Befinden fragen, sind - wer füllt sie aus (nur der Patient oder der Therapeut oder beide?) und wie wahrscheinlich ist es, dass diese Fragebögen Informationen liefern, die Neues oder Unerwartetes hervorbringen? Der Gewinn ist nicht erkennbar.

Die Gefahren hingegen schon: Die grösste Gefahr besteht in einem zusätzlichen, stetig steigenden Zeit-Aufwand durch das laufende Ausfüllen von Bewertungsbögen auf Kosten der Therapiezeit. Eine zweite Gefahr besteht darin, dass bei Patienten, die sich in einem intensiven therapeutischen Prozess befinden, irreführende Momentaufnahmen entstehen, die die langfristigen Effekte einer psychoanalytischen Behandlung ausser Acht lassen. Das hat damit zu tun, dass psychoanalytische Behandlungen naturgemäss, was die Verbesserung von Symptomen und Befinden angeht, niemals linear verlaufen. Dies vor dem Hintergrund, dass sich bei psychoanalytischen Behandlungen viele Effekte auch noch lange nach Ende der Behandlung weiter entfalten.

ad 3.) Die *Voraussetzung* für die psychologische Psychotherapie müssen durch einen Arzt erfolgen. Dies ist sinnvoll, da somatisch-medizinische Erkrankungsursachen zu Beginn (und auch im Verlauf) erkannt und ausgeschlossen werden müssen.

Die u.U. schwierige Differenzialdiagnose von psychischen Symptomen im Hinblick auf die (Früh-) Erkennung schwerer psychiatrischer Erkrankungen (z.B. Psychosen) sollte vom anordneten Arzt gewährleistet werden. Der anordnende Arzt muss aber auch die Indikation und ggf. Einleitung und Betreuung einer allfälligen Psychopharmakotherapie übernehmen können. Darüberhinaus muss er die Arbeitsfähigkeit (und ggf. stufenweise Rückkehr in die Arbeitsfähigkeit) aufgrund einer psychiatrischen Diagnose beurteilen und betreuen können. Da der anordnende Arzt für die Berichterstattung an die Krankenkasse zuständig ist, muss er mit der Indikationsstellung und Verlaufsbeurteilung von Psychotherapien in den allen drei anerkannten Verfahren vertraut sein. Dies ist insbesondere für die Fortsetzungsanträge bei längeren Behandlungen wichtig. Die meisten Hausärzte haben ein breites psychiatrisch-psychotherapeutisch Grundlagenverständnis, weshalb sie m.E. geeignet sind, die Anordnung durch zu führen. Ob dies für nicht-psychiatrische Ärzte anderer Fachrichtungen (Neurologen, Gynäkologen, Pädiater) im gleichen Masse gilt, scheint mir fraglich, selbst wenn bei allen ein Fähigkeitsausweis Psychosomatische und psychosoziale Medizin gefordert wird.

Besondere Relevanz für die psychoanalytische Therapie hat die gestaffelte Kostenübernahme in Tranchen von 15 Sitzungen. Eine engmaschige Kontrolle durch den anordnenden Arzt ist besonders zu Beginn einer Behandlung sinnvoll. Ob die Anordnung der Therapie allerdings automatisch auch eine Zusammenarbeit und medizinisch-psychiatrische Kontrolle des Psychotherapiefalls darstellt, ist nicht sicher. Stattdessen stellt eine Begrenzung jeder Kostengutsprache auf maximal 15 Sitzungen pro Anordnung eine starke Beeinträchtigung bzw. Verzögerung der Therapie dar. Dies gilt insbesondere für Behandlungen, bei denen sich aufgrund ihrer Schwere, Komplexität und der Dauer ihres Bestehens von vornherein die klare Indikation für eine längere Therapie abzeichnet, also eine Patientengruppe, für die ein vereinfachter Zugang zu Therapien durch die Zulassung von Psychologen erreicht werden soll. Genau das würde aber durch die massive Erschwerung längerer, kontinuierlicher Behandlungen verhindert .

Statt eine starre Begrenzung der Anordnung auf 15 Sitzungen ein zu führen, wäre es sinnvoller, eine dem jeweiligen Fall *angemessene, je nach Fall angepasste* medizinisch-psychiatrische Begleitung zu fordern. Die Häufigkeit dieser Kontrollen zu bestimmen, sollte dabei in Verantwortung des anordnenden Arztes bleiben. Wenn der anordnende Arzt die Verantwortung für die medizinische und psychiatrischen Belange *und* Versäumnisse der Therapie hat, muss er auch die Häufigkeit der Kontrollen selbst festlegen und diese auch entsprechend abrechnen können.

Zusammenfassung:

Die *psychoanalytische* Psychotherapie gehört zu den drei in der Schweiz anerkannten Therapieverfahren. Die Gleichwertigkeit ihrer Wirksamkeit ist in Studien validiert. Das therapeutische Vorgehen und die Entwicklung der Heilwirkung verlaufen jedoch im beim Vergleich mit den anderen anerkannten Verfahren auf sehr unterschiedliche Weise. Psychoanalytische Therapien können in Form von Kurztherapien wirken. In vielen Fällen ist jedoch eine tiefgreifende und anhaltende Verbesserung durch eine Kurztherapie nicht möglich. Behandlungen, die über 40 (bzw. 30) Sitzungen hinaus gehen, sind daher häufig indiziert und notwendig. Die Durchführung längerer psychoanalytischer Behandlungen ist anspruchsvoll, stellt eine wichtige Kompetenz des

psychoanalytischen Psychotherapeuten dar und ist durch die grundsätzliche Anerkennung des Verfahrens legitimiert. Sie sollte deshalb mit einem *angemessenen* Aufwand an Verlaufsberichten an den Versicherer erstattungsfähig bleiben.

Die geplanten Veränderungen im Bereich der KVL stellen für alle psychoanalytisch arbeitenden Therapeuten einen Eingriff in die Kontinuität der Behandlung dar. Dabei ist die psychoanalytische Arbeit der *psychologischen* Psychotherapeuten wesentlich stärker beeinträchtigt, da zukünftig pro ärztliche Anordnung niemals mehr als 15 Sitzungen am Stück bewilligt werden sollen.

Diese Stückelung bedeutet für Behandlungen, bei denen sich aufgrund ihrer Schwere, Komplexität und der Dauer ihres Bestehens die Indikation für eine längere Behandlung abzeichnet, eine starke Beeinträchtigung, Verzögerung ggf auch Verhinderung der Therapie.

Die Dauer einer Psychotherapie steht in einem komplexen Zusammenhang mit der Art der Erkrankung. Dementsprechend ist eine Beschleunigung der Therapie durch eine pauschale und ständige Infragestellung ihrer Berechtigung nicht zu erwarten. An der Indikation für die Fortsetzung einer Therapie ändert sich jedenfalls durch häufigeres Berichtschreiben nichts. Wohl aber kann es sein, dass die Verpflichtung zu derart gehäufter Berichterstattung, wie sie jetzt vorgesehen ist, die adäquate Langzeitbehandlung erschwert, dem ein oder andern Therapeuten bzw. anordnenden Arzt sogar verleidet.

Die Zahl der psychologischen Therapeuten, welche längere Behandlungen dennoch übernehmen könnten, wird dann dadurch begrenzt, dass niemand mehr bereit ist, diese Behandlungen anzuordnen bzw. zu unterstützen. Der *Bedarf* an längeren Behandlungen für eine grosse Zahl an Patienten wird dadurch natürlich nicht vermindert. Im Gegenteil: Die formale Erschwerung einer längeren kontinuierlichen Psychotherapie führt dazu, dass gerade die schwierigeren komplexen Patienten wieder eher von ärztlichen Therapeuten übernommen werden müssen. Der erwünschten Verbesserung des Therapeuten-Mangels insbesondere für schwerer und komplexe Fälle wäre damit nicht gedient.

Ich bin der Meinung, dass der Entwurf einer grundsätzlichen Überarbeitung bedarf. Ich habe die Hoffnung, dass im Rahmen der Vernehmlassung ein differenzierteres Verständnis der Schwachstellen des Entwurfs gelingt. Dazu möchte ich mit meiner Stellungnahme einen persönlichen Beitrag leisten.

Für Ihre Arbeit danke ich Ihnen!

Mit freundlichen Grüßen


Stefanie Knop

Dr. med. Stephan Kühne

Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie FMH
Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis
Dufourstrasse 131
8008 Zürich
Tel: +41(0)78 864 46 79
stephan.kuehne@hin.ch

ZSR-Nummer: I147031

GLN-Nummer: 7601000523112

Eidgenössisches Departement des
Inneren EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Krankenversicherung

Zürich, 14.10.2019

Stellungnahme zum Anordnungsmodell

Sehr geehrte Damen Bundesrätinnen und Herren Bundesräte, sehr geehrte Damen und Herren des BAG

Ich kann mich den Forderungen der Stellungnahmen von SGPP, ZGPP und PSZ (siehe Anhänge) nur anschliessen. Der VO-entwurf des BAG darf und kann in der vorliegenden Form auf keinen Fall umgesetzt werden!

Einen Punkt möchte ich hierbei besonders hervorheben: Die psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit mit den von psychischen Erkrankungen am schwersten betroffenen Menschen wird mit dem vorliegenden Entwurf um eine weitere Schraubenwindung schwieriger gemacht. So, dass es schon fast als unmöglich bezeichnet werden muss! Diese Patientengruppe wird durch diese weitere Runde an Einschränkungen unserer Arbeit (z.B. nach jener, die die Leistungen in Abwesenheit betraf) "unter die Räder" kommen. Das können und sollten Sie nicht zu lassen! Die Stellungnahmen von SGPP, ZGPP und PSZ zeigen an, wie diese Entwicklung verhindert werden kann!

Wichtig ist auch - nicht zuletzt um einen Versorgungsengpass zu verhindern -, dass bestehende "Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie" in einen "Fähigkeitsausweis Anordnung Psychotherapie" umgewandelt werden.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Stephan Kühne

Beilagen: - persönliche Stellungnahme an das BAG
- Argumentarium der SGPP zum Anordnungsmodell
- Stellungnahme ZGPP
- Stellungnahme PSZ

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Psychoanalytisches Seminar Zürich

Abkürzung der Firma / Organisation : PSZ

Adresse : Quellenstrasse 27

Kontaktperson : Norbert Wolff (Mitglied der Seminarleitung), Renata Maggi (Sekretariat)

Telefon : 044 271 73 97

E-Mail : seminarleitung@psychoanalyse-zuerich.ch

Datum : 12.09.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17. Okt. 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
PSZ	<p>Das PSZ bedankt sich beim Bundesrat für die Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie.</p> <p>Grundsätzlich begrüßen wir es, dass das heutige Modell der delegierten Psychotherapie, in der psychologische Psychotherapeut*innen ihre Leistungen als Angestellte in einer Arztpraxis unter Aufsicht und in der Verantwortung der delegierenden Psychiater*in erbringen, abgeschafft werden soll – dieser Schritt war längst überfällig. Das Delegationsverhältnis war immer nur als eine vorübergehende Lösung gedacht und ist nicht angemessen, angesichts der hohen Anforderungen an die Qualifikation für eine psychotherapeutische Tätigkeit wie sie im PsyG geregelt sind und durch die akkreditierten Weiterbildungsinstitute gewährleistet wird. Das Delegationsverhältnis ist für die psychologischen Psychotherapeut*innen diskriminierend und erschwert den Patient*innen den Zugang zur Psychotherapie, da Praxen die vielen Anfragen nicht bewältigen können und teilweise lange Wartezeiten bestehen.</p> <p>Das BAG möchte den Zugang der Bevölkerung zur Psychotherapie erleichtern. Ziel ist eine bessere Versorgung der Patient*innen und eine Verbesserung der Berufsbedingungen der Psychotherapeut*innen. Diese Absichten begrüßen wir ausdrücklich. Unserer Einschätzung nach kann beides nur durch eine einmalige ärztliche Anordnung an eine Psychotherapeut*in im Sinne einer Zuweisung erreicht werden. Psycholog*innen mit einem Weiterbildungstitel in Psychotherapie sollen ihre Leistungen selbständig und in eigener Verantwortung erbringen und diese direkt mit der Grundversicherung abrechnen können. Der Zugang der Patient*innen zur psychotherapeutischen Versorgung soll damit erleichtert und verbessert werden.</p> <p>Der vorliegende Entwurf zum Anordnungsmodell im Vernehmlassungsverfahren beinhaltet verschiedene Aspekte, die im direkten Widerspruch zu den im PsyG formulierten Anforderungen an eine psychologische Psychotherapeut*in stehen. So werden die psychologischen Psychotherapeut*innen im Entwurf zum Anordnungsmodell in ihren Kompetenzen eingeschränkt, eine psychotherapeutische Behandlung selbständig zu planen, die Indikationsstellung zur Fortführung einer solchen Behandlung in eigener Verantwortung fortwährend zu überprüfen sowie die Anforderung zu erfüllen, eine Behandlung auch auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen. Insgesamt handelt es sich beim Entwurf zum Anordnungsmodell also nicht um eine Verbesserung der Berufsbedingungen für die Psychotherapeut*innen, wie es eigentlich beabsichtigt wäre. Daraus ergibt sich zwangsläufig die Frage, ob damit die Qualität einer psychotherapeutischen Behandlung gewährleistet und somit die Versorgung der Patient*innen verbessert werden kann, was ebenfalls ein erklärtes Ziel des vorliegenden Entwurfes sein soll. Aus diesen Gründen plädieren wir für nachfolgende Änderungen des Verordnungsentwurfs.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

PSZ	<p>Ein wichtiger Punkt, den wir hier grundsätzlich anmerken wollen, betrifft die Situation der Psychotherapeut*innen in Weiterbildung, die im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt wird.</p> <p>Wir fordern, dass für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung weiterhin die Möglichkeit besteht, in Ambulatorien oder sozialpsychiatrischen Diensten ambulant tätig zu sein. Eine entsprechende Verrechnbarkeit der Leistungen muss sichergestellt werden.</p> <p>Grundsätzlich verlangen wir von den Kantonen die Sicherstellung von ausreichend zahlreichen und fair entlöhnten Ausbildungsplätzen für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung (durch den Wegfall der Möglichkeit in einem Delegationsverhältnis psychotherapeutisch tätig zu sein, wird der Bedarf an psychologischen Stellen in den Institutionen und Ambulatorien stark ansteigen, da die Weiterzubildenden die gesamte Weiterbildungszeit in Institutionen verbleiben werden).</p>
PSZ	<p>Wir möchten festhalten, dass wir es bedauern, dass wir und alle anderen psychotherapeutischen Weiterbildungsinstitutionen sowie die EFPP Suisse bei der Liste der Vernehmlassungsadressaten nicht aufgeführt wurden und regen an, diese Institutionen explizit in den weiteren Prozess einzubeziehen.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
PSZ	50c	1	c	<p>Klinische Erfahrung: Eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer der genannten psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen ist für die Kompetenzerweiterung der psychologischen Psychotherapeuten sicher gewinnbringend. Der Grossteil der Psycholog*innen absolviert de facto bereits jetzt mindestens ein solches klinisches Jahr im Rahmen ihrer Weiterbildung zur Psychotherapeut*in.</p> <p>Die Forderung, dass dieses klinische Jahr <u>nach</u> Abschluss der Weiterbildung zu erbringen ist, erachten wir als unvereinbar mit den Zielsetzungen des PsyG, die mit Abschluss der Weiterbildung eine Befähigung zur eigenverantwortlichen Ausübung des Berufes beinhalten. Es ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst <u>nach</u> Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat.</p> <p>Wir fordern, dass die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung bereits <u>während</u> der Weiterbildung absolviert werden können. Dies auch, weil die tatsächliche Weiterbildungsdauer je nach Weiterbildungsgang (in der Regel 4 bis 6 Jahre) erheblich sein kann (im Teilzeitmodell bis zu 10 Jahren). Unnötige Verlängerungen und die Benachteiligung von denjenigen, die ihre Weiterbildung in Teilzeit absolvieren (z.B. aufgrund von Kinderbetreuung) muss vermieden werden.</p>	<p>«Während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.»</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

PSZ	Übergangs- bestimmung		<p>Übergangsbestimmung: Auch für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung soll eine Besitzstandswahrung gelten. Die Weiterbildung zur Psychotherapeutin ist ein langwieriger, zeit- und ressourcenintensiver Werdegang. Angehende Psychotherapeut*innen sind bereits während ihrer Weiterbildung hauptberuflich im Tätigkeitsfeld engagiert. Es ist sicherzustellen, dass die individuelle Karriereplanung nicht durch eine neue Gesetzgebung gefährdet ist (z.B. durch die vorgeschlagenen ergänzenden Zulassungsbedingung, die mit einer Aufgabe der privaten Praxis (im Delegationsverhältnis) und einer Rückkehr ins stationäre Setting verbunden wäre).</p> <p>Zudem muss eine Besitzstandswahrung gelten für Personen, die bisher nur im Angestelltenverhältnis psychotherapeutisch tätig waren. Wer schon jahrelang psychotherapeutisch gearbeitet hat, soll dies auch weiter tun können!</p>	<p>Ergänzung der Übergangsbestimmungen wie folgt: <i>«Personen, die beim Inkrafttreten der Änderungen vom (Datum) sich bereits in Weiterbildung zur Psychotherapeutin nach PsyG befinden, werden nach Abschluss der Weiterbildung zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.»</i></p>
-----	--------------------------	--	---	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
PSZ	2	1	b	<p>Diagnostik: Das PSZ lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wie sie im Vorschlag definiert ist ab, solange die Tauglichkeit und Praktikabilität einer solchen Diagnostik sich nicht in einem Pilotprojekt bewährt hat.</p> <p>Sollten validierte diagnostische Instrumente nach Abschluss des Pilotprojekts zur Anwendung kommen, dann müssen diese zwingend an das jeweilige empirisch anerkannte Therapieverfahren angepasst sein.</p> <p>Erläuterungen dazu: Diagnostik, Therapie und Effekt befinden sich auf gleicher Ebene: eine psychodynamische Therapie z.B. erfordert eine psychodynamische Einstiegs- und Verlaufsdiagnostik als auch eine psychodynamisch fundierte Erfassung der Therapieeffekte (PTO-Kongruenz¹). Eine rein deskriptive Diagnose, die sich auf Symptome und beobachtbares Verhalten konzentriert, wie die psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD-11 und DSM-V und die Methode der genetischen Diagnostik erfassen nicht alle relevanten Informationen für Diagnostik, Behandlung und Prognose. Daher müssen zur sachgerechten Erfassung der Einstiegs- und Verlaufsdiagnostik die Instrumente um andere Dimensionen ergänzt werden.</p>	<p>Das PSZ lehnt zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wie sie im Vernehmlassungsentwurf beschrieben wird ab.</p> <p>Bei Anwendung: <i>«Sie umfasst eine Einstiegs- und Verlaufsdiagnostik, sowie eine Erfassung der Therapieeffekte mit validierten Instrumenten in Kombination von Fremd- und Selbsteinschätzung, die sich an den jeweiligen empirisch anerkannten Therapiemethoden (psychoanalytisch, systemisch und kognitiv-verhaltenstherapeutisch) orientieren.»</i></p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Zudem ist auf eine Selbst- und Fremdeinschätzung zu achten um einer grobe Fehleinschätzung vorzubeugen.</p> <p>Für die psychodynamischen Verfahren ist dabei die Erfassung von intrapsychischen Konflikten und strukturellen Charaktermerkmalen resp. Einschränkungen² internationaler Standard. D.h. neben den Symptomveränderungen muss die Diagnostik insbesondere strukturelle Veränderungen mit berücksichtigen. Strukturdiagnostik hat eine grosse Relevanz für die Behandlungsplanung (Setting, Ziele, Interventionen, etc.) damit Patienten nicht unter- oder überfordert werden.</p> <p>Mittlerweile gibt es verlässliche und valide psychoanalytische Instrumente zur Strukturdiagnostik, die sich international etabliert haben: das Manual der OPD-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) und die erprobte Heidelberger Umstrukturierungsskala HSCS. Beide Verfahren sind zentral in der Schweiz mitentwickelt und erprobt worden. Die OPD-2 ist heute wichtiger Bestandteil des Weiterbildungsprogramms der FMH. Sie wird in psychiatrischen Kliniken, psychiatrischen Ambulatorien und psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen eingesetzt³ und findet eine breite Verwendung. Sie ist zudem in der aktuellen Psychotherapieforschung⁴ und Qualitätssicherung zentral. Mit der Qualitätssicherung für psychodynamische Psychotherapie (QPP)⁵ gibt es zudem ein praktikables und massgeschneidertes Instrumentarium für ambulante Psychotherapie.</p> <p>Heutiger wissenschaftlicher Konsens in der Psychotherapieforschung ist, dass es keine validierte, einheitliche Erfolgsdiagnostik von psychotherapeutischen Behandlungen gibt,</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>vor allem keine, die zur Steuerung des Therapieprozesses oder der Therapiedauer geeignet wären, aber es existieren Möglichkeiten der Qualitätssicherung. Der Begriff der «Erfolgsdiagnostik» ist durch den Begriff der «Erfassung von Therapieeffekten» zu ersetzen.</p> <p>Die Einschätzung eines Therapieeffekts in Bezug auf eine psychotherapeutische Behandlung ist nach obigen Ausführungen abhängig von der Validität der unterschiedlichen Messinstrumente, dem jeweiligen angewendeten Therapieverfahren und der individuellen psychotherapeutischen Beziehung. Wirksamkeit kann somit nur am individuellen Verlauf einer Behandlung, d.h. einzelfallbezogen mit Hilfe der Einstiegs- und Verlaufsdiagnostik und einer Therapieeffekterfassung unter Berücksichtigung der Informationen von Patient und Therapeut beurteilt werden. Es geht um eine praxisnahe Evaluation und kritische Begleitung ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen.</p>	
PSZ	3		<p>Anzahl der Sitzungen: Es soll an der bisher bewährten Sitzungszahl von 40 Stunden festgehalten werden, die sich in den letzten 12 Jahren sowohl in der Praxis bewährt hat als auch durch die wissenschaftliche Forschung bestätigt wird.⁶</p> <p>Erläuterungen: Dem Verordnungsentwurf liegt mit Bezug auf die BASS Strukturhebung (2012) die Annahme zugrunde, dass sich die durchschnittliche Anzahl Therapiesitzungen pro Psychotherapie auf 29 Therapiesitzungen beläuft. In der BASS Studie wird die</p>	<p><i>«Die Versicherung übernimmt die Kosten für 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer bis zu 90 Minuten bei Einzelsitzungen, 105 Min. für Paar-, Familien- und Gruppentherapie. Artikel 3b bleibt vorbehalten.»</i></p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Abbruchquote am Anfang der Therapien nicht adäquat berücksichtigt, was zu einer Verzerrung der Durchschnittswerte führt. Die zugrundeliegenden wissenschaftlichen Befunde sind umstritten. Andere Studien zeigen, dass ein beträchtlicher Teil der Psychotherapien mehr als 40 Sitzungen benötigt.⁷</p> <p>Bei vielen Patient*innen muss entsprechend ein Gesuch um eine oder mehrere Verlängerungen der Kostengutsprachen gestellt werden. Eine Verlängerung der Psychotherapie ist in vielen Fällen sowohl zweckmässig und nachhaltig als auch wirtschaftlich. So zeigt die Psychotherapieforschung nicht nur, dass in Langzeitpsychotherapien Symptome erfolgreich behandelt werden, sondern auch, dass im Vergleich zu kürzeren Therapieverläufen insbesondere strukturelle Veränderungen in der Psyche der Patient*innen erzielt werden, welche eine erneute Erkrankung mit den gleichen oder anderen psychischen oder somatischen Symptomen verhindert.⁸</p> <p>Sitzungsdauer: Die Beschränkung der Sitzungsdauer insbesondere bei Einzelsitzungen ist unsachgemäss und steht in klarem Widerspruch zu den Anforderungen des PsyG (Art. 5, Abs. 2, Buchstaben c und f), welches «interdisziplinäre Zusammenarbeit» und «Einbezug von Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens» verlangt.</p> <p>Erläuterungen: In der Behandlung von strukturschwachen (Psychosen, Persönlichkeitsstörungen), chronisch kranken und schwer beeinträchtigten (traumatisierten) Patient*innen sowie in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, wo der Vernetzung mit</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Zuweisenden und anderen Fachpersonen aus dem Helfernetz oder Gesprächen mit Angehörigen oder Arbeitgebern eine grosse Bedeutung zukommt, ist eine solche Einschränkung unrealistisch, nicht durchsetzbar und therapeutisch kontraindiziert.</p> <p>Um den oben genannten Patientengruppen gerecht werden zu können, müssen die bisherigen zeitlichen Rahmenbedingungen beibehalten werden.</p>	
PSZ	11b	1	a	<p>Anordnungsbefugnis: Im Sinne der Besitzstandwahrung müssen auch Ärzt*innen, die keinen der genannten Facharztstitel besitzen, aber einen bestehenden Fähigkeitsausweis zur Delegation nachweisen, zur Anordnung zugelassen werden.</p>	
PSZ	11b	2, 4		<p>Erneuerung der Anordnung nach 15 Sitzungen: Die Erneuerung der ärztlichen Anordnung nach 15 Sitzungen ist sowohl aus therapeutischer als auch fachlicher Perspektive nicht zielführend, nicht praktikabel und kontraproduktiv.</p> <p>Erläuterungen: Ein stabiles Behandlungssetting ist für den Therapieprozess unerlässlich. Die Unsicherheit, ob die Therapie nach 15 Sitzungen weiter finanziert wird, erschwert oder verhindert, dass sich Patient*innen ausreichend auf die Therapie einlassen können, womit die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Therapie stark reduziert wird und damit auch die erhoffte Kostensenkung in Frage steht.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Zudem zeigen die allermeisten verfügbaren Studien, dass 15 Stunden Psychotherapie als Krisenintervention durchaus gute Wirkung zeigen können, dass leider aber mit 15 Stunden Psychotherapie keine nachhaltige Veränderung psychischer Störungen erzielt werden kann.⁹</p> <p>Die Beurteilung der Indikation für eine Psychotherapie (erste Anordnung) ist eine Sache, die Beurteilung der Notwendigkeit zur Fortführung der Therapie (Verlängerung) eine andere. Dazu werden fundierte psychotherapeutische Kenntnisse und Erfahrungen benötigt, wie sie Psychotherapeut*innen dank ihrer fundierten Weiterbildung und klinischen Erfahrung besitzen. Mit Ausnahme der Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie sind Ärzt*innen i.d.R. dafür nicht entsprechend qualifiziert. Es ist daher mit Fehleinschätzungen zu rechnen; dies in Kombination mit dem administrativem Aufwand für die Ärzteschaft, bei ohnehin knappen zeitlichen Ressourcen.</p> <p>Psychotherapeut*innen sind gemäss PsyG in der Lage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>«die Problemlagen und die psychische Verfassung ihrer Klientinnen und Klienten und Patientinnen und Patienten richtig einzuschätzen und adäquate Massnahmen anzuwenden oder zu empfehlen»</i> • <i>«mit den zur Verfügung stehenden Mitteln wirtschaftlich umzugehen.»</i> <p>Es ist daher nicht einzusehen, weshalb für die Fortführung der Therapie die Anordnung durch eine Kontrollinstanz benötigt wird, zumal die Zweckmässigkeit, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit dieser Massnahme äusserst fraglich ist.</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Wenn die Art der psychischen Störung der Patient*in eine Zusammenarbeit mit einer Psychiater*in erforderlich macht (z.B. wegen einer notwendigen zusätzlichen medikamentösen Behandlung), ist die/der psychologische Psychotherapeut*in in der Lage, dies zu erkennen und selbständig in die Wege zu leiten.</p> <p>Wir plädieren daher für eine einmalige ärztlich Anordnung (Zuweisung) zur Einleitung der Therapie. Die Beurteilung der Notwendigkeit bzw. die Indikationsstellung einer Fortführung der Therapie soll im alleinigen Ermessen der/des behandelnden Psychotherapeut*in liegen. Sie können die notwendige Behandlungsdauer am besten einschätzen.¹⁰ Dementsprechend soll auch der Bericht an den Vertrauensarzt der Krankenkasse durch die/den behandelnde/n Psychotherapeutin / Psychotherapeuten erfolgen.</p>	<p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p><i>Vor Ablauf von 40 Stunden Psychotherapie erstattet der/die behandelnde Psychotherapeutin / Psychotherapeut dem/der Vertrauensarzt/in der Krankenkasse Bericht, wenn eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie besteht.</i></p>
PSZ	11b	3,5		Siehe Ausführungen zu Art. 3.	
PSZ	II			<p>Übergangsbestimmung: Um die Weiterführung der Therapie ohne unnötige Unterbrüche zu gewährleisten und um den organisatorischen Anpassungen während der Berufsausübung Rechnung zu tragen, ist eine Übergangsfrist von mindestens 36 Monaten nötig (Anpassung bzw. Erwerb von EDV-Systemen; Kündigung bzw. Neuregelung der Mietverhältnisse der Räumlichkeiten; administrative, buchhalterische und treuhänderische Abläufe).</p>	<p><i>«Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis 36 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum). Für alle zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnung sich in psychotherapeutischer Weiterbildung befindenden (gemäss PsyG 935.81 vom 18. März 2011, Art. 6, Abs. 1 und 2) und in Delegationsverhältnis</i></p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Im Fall der in psychotherapeutischer Weiterbildung stehenden Psycholog*innen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Verordnung bereits im Delegationsmodell tätig sind, ist eine zusätzliche Verlängerung dieser Übergangsfrist bis zum Abschluss ihrer Weiterbildung notwendig - auch im Sinne der Besitzstandswahrung.</p>	<p><i>arbeitenden Psycholog*innen, übernimmt die Versicherung die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis 5 Jahre.»</i></p>
--	--	--	--	---	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

¹ PTO-Kongruenz , P „clinical problem“, T „process of therapeutic change“, O „clinical outcome“ (Strupp, Schacht & Henry (1988).
PTO-Studien: Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (Rudolf, Grande, Oberbracht, Jakobsen et al.; FIPP (Küchenhoff et al. Basel); Jungianer Studie (Mattanza et al. Zürich); QPP Qualitätssicherung für ambulante Praxen (Rudolf, Jakobsen, Horn); PAL-Studie.

² „Psychologische Gesundheit ist nicht bloss die Abwesenheit von Symptomen; sie ist das positive Vorhandensein innerer Fähigkeiten und Ressourcen, das Menschen ermöglicht, mit einem stärkeren Gefühl der Freiheit und der Möglichkeiten zu leben. Symptomorientierte Ergebnismasse, die üblicherweise in Outcome-Studien benutzt werden (z.B. des Beck-Depressionsinventar Beck et al 1961 (...)) versuchen nicht, solche innere Fähigkeiten zu bewerten (Blatt u. Auerbach 200; Kazdin 2008).
(...) Daher unterstützt diese wichtigste Förderungsinstitution (National Institut für Mental Health NIMH) seit einigen Jahren keine ausschließlichen Ergebnisstudien mehr, sondern nur solche, die Erkenntnisse zu den zugrundeliegenden Veränderungsmechanismen versprechen. (Kaufhold et al. (2019) Symptomatische versus strukturelle Veränderungen in der LAC-Depressionsstudie. Psyche – Z Psychoanal 73 ,106-133.)
Zudem mehren sich die Hinweise, dass eine nachhaltige gesundheitliche Besserung auf der Veränderung von Konflikt und Strukturmerkmalen basiert.

³ Arbeitskreis OPD-2 (2015) OPD-2 im Psychotherapie-Antrag. Psychodynamische Diagnostik und Fallformulierung. Hogrefe Verlag.
Arbeitskreis OPD (2014) OPD-2 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Hogrefe Verlag.
Arbeitskreis OPD Abhängigkeitserkrankungen und Arbeitskreis OPD (Hrsg.). OPD-2 Modul Abhängigkeitserkrankungen. Das Diagnostik Manual. Bern, Huber 2013

⁴ J.C. Ehrenthal (2014) Strukturdiagnostik. Neue Ergebnisse aus der Forschung für die Praxis. Journal Psychodynamische Psychotherapie PDP, Vol. 13, 103-114.

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

Vernehmlassungsverfahren

⁵ Dipl. Psych. Th. Jakobsen & Prof. Dr. G. Rudolf (2019) Erfahrungen mit der Qualitätssicherung für psychoanalytische Psychotherapie (QPP).

Erfahrungen mit der Qualitätssicherung für psychodynamische Psychotherapien (QPP)

Grundsätzliches:

Das Qualitätssicherungsprojekt QPP für ambulante psychoanalytische und tiefenpsychologische Psychotherapien beinhaltet eine fragebogengestützte Evaluation der Therapieergebnisse aus Patienten- und Therapeutenperspektive. Dies stellt eine ergänzende Bemühung zur Qualitätssicherung /-management dar und soll es ermöglichen, unter Praxisbedingungen eine verfahrensspezifische Form der Qualitätssicherung durchzuführen. **Durchgeführt wurde sie von 2001 bis ca. 2010 auf freiwilliger Basis in Deutschland und der Schweiz von 71 psychodynamischen Praxen die für die Kosten selbst aufkamen. Es wurden ca. 340 Patienten mit diesem System erfasst und die Daten an die Therapeuten zurückgemeldet.**

Ziel war es, dem Therapeuten durch systematische einzelfallbezogene Rückmeldungen Informationen zur Verfügung zu stellen, die ihm zusammen mit ihren detaillierten Kenntnissen aus der Behandlung eine Verlaufsbeurteilung ermöglichen, so dass z.B. langfristig „gute“ und „problematische“ Verläufe identifiziert werden können. Zuerst liegt die Vorstellung, dass eine angemessene Qualitätssicherung sinnvoll nur mit dem Wissen des Therapeuten über den individuellen Prozess möglich ist.

Vorgehen:

QPP stütze sich auf Erfahrungen und Materialien der Berliner Psychotherapiestudie, der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL-Studie) und Erfahrungen mit der einzelfallbezogenen Rückmeldung auf der Station der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg. Verwendet wurden die Begrifflichkeiten der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD).

Durchgeführt wurden Erhebungen zu Beginn und zum Ende der Therapie, zusätzlich sind Verlaufseinschätzungen sinnvoll: 6 Monate oder 1 Jahr nach der Therapie war eine katamnestiche Erhebung auf Patientenseite empfohlen.

Zusätzlich würde man heute die neuen Patientenfragebögen der OPD (Struktur und Konflikt) einsetzen. Die OPD-2 für den Therapeuten ist bereits enthalten.

Beginn	Therapieverlauf	Ende	Katamnese
Bogen vom Th. → Pat.	Bogen vom Th. → Pat.	Bogen vom Th. → Pat.	Bogen per Post vom Th. → Pat.
Bögen Pat. & Th. p. Post → Zentrum	Bögen Pat. & Th. p. Post → Zentrum	Bögen Pat. & Th. p. Post → Zentrum	Bögen p. Post Pat. → Th. → Zentrum
→ Rückmeldung per e-Mail an Th.	→ Rückmeldung per e-Mail an Th.	→ Rückmeldung per e-Mail an Th.	→ Rückmeldung per e-Mail an Th.

Seite 1 Jakobsen & Rudolf QPP@gmx.de

Ziele:

- ♦ Praxisnahe Evaluation und kritische Begleitung ambulanter Psychotherapien
- ♦ Validierung der Ergebniseinschätzung durch die Verknüpfung von Patienten- und Therapeutenperspektive
- ♦ Zertifizierung von Praxen, die an der Qualitätssicherung teilnehmen
- ♦ Keine direkte Einflussnahme auf den aktuellen therapeutischen Prozess
- ♦ Kein undifferenzierter Vergleich verschiedener Praxen miteinander

Achtung: Eine qualitätssichernde Begleitung des therapeutischen Prozesses mit dem Ziel, auf problematische Indikationen oder akute krisenhafte Entwicklungen zeitnah hinzuweisen, ist nicht intendiert und nicht möglich.

Vorteile des vorgeschlagenen Vorgehens:

- ♦ Die qualifizierte Beurteilung des Therapieverlaufs obliegt dem Therapeuten.
- ♦ Die so eingesetzten Instrumente sind gegenstandsangemessen.
- ♦ Vergleiche von Patienten- und Therapeuteinschätzungen zu Therapiebeginn und -ende (Therapieergebnis) sind möglich.
- ♦ Katamnestiche Erhebungen der Patienteneinschätzungen sind leicht realisierbar.
- ♦ Eine Gesamtübersicht über die Praxis ist bei längerer Beteiligung möglich.
- ♦ Geringe Beeinflussung des aktuellen Therapieprozesses und Minimierung des Aufwandes durch ein zentrales Auswertungszentrum.
- ♦ Übersichtliche zeitnahe Rückmeldungen zu den einzelnen Behandlungen für die Therapeuten in schriftlicher Form.
- ♦ Praktisch und realisierbar in einer ambulanten Praxis.

Kritische Punkte:

- ♦ QPP macht Arbeit. Pro Pat. für den Th. ca. 3 h verteilt auf die gesamte Therapie.
- ♦ Die Durchführung kostet Geld (Lizenzgebühren, Porto, Auswertung etc.)
- ♦ Um Selektionseffekte zu vermeiden, sollten alle behandelten Patienten eines Therapeuten teilnehmen.
- ♦ Patienten, mit denen nur probatorische Sitzungen stattfinden nehmen nicht teil.
- ♦ Die Erfassung der Therapieabbrüche und deren Gründe ist wichtig, da diese in der Logik der Qualitätssicherung einen „unentdeckten Schatz“ darstellen.

© 2019 Dipl.Psych. Th. Jakobsen & Prof. Dr. G. Rudolf (Basel/Heidelberg)

Seite 2 Kontakt: Praxis Gerbergasse 43 PF 710 4001 Basel

⁶ P. Tossmann et al (2015): Kurzzeittherapie – ein Instrument zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung? In Psychotherapeuten Journal 3/2015; Altmann, U., Wittmann, W. W., Steffanowski, A., von Heymann, F., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Auch, E., Loew, T., Kramer, D., Fembacher, A., Steyer, R., Zimmermann, A. & Strauß, B. M. (2014). Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Prädiktoren, Outcome. Psychiatrische Praxis, 41 (6), 305-312.

⁷ M. Sieber (2015) Dauer und Beendigung von Psychotherapien. Leading Opinions, 10.12.2015.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

⁸ M. Leuzinger-Bohleber et. al (2019). Psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeitbehandlung chronisch depressiver Patienten bei randomisierter oder präferierter Zuweisung* Ergebnisse der LAC-Studie in Psyche – Z Psychoanal 73, 2019, 77–105; M. Leuzinger-Bohleber et. al (2003; 84: 263-290) How to study the 'quality of psychoanalytic treatments' and their long-term effects on patients' well-being: A representative, multi-perspective follow-up study¹ von in Int J. Psychoanal; J. Kaufhold et al (2019 106-133). Wie können nachhaltige Veränderungen in Langzeittherapien untersucht werden? Symptomatische versus strukturelle Veränderungen in der LAC-Depressionsstudie*. In Psyche - Z Psychoanal 73 (02), 2019.

⁹ P. Tossmann et al (2015): Kurzzeittherapie – ein Instrument zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung? In Psychotherapeuten Journal 3/2015. 247-250; M. Sieber (2015) Dauer und Beendigung von Psychotherapien. Leading Opinions, 10.12.2015; Altmann, U., Wittmann, W. W., Steffanowski, A., von Heymann, F., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Auch, E., Loew, T., Kramer, D., Fembacher, A., Steyer, R., Zimmermann, A. & Strauß, B. M. (2014). Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Prädiktoren, Outcome. Psychiatrische Praxis, 41 (6), 305-312.

¹⁰ P. Tossmann et al (2015): Kurzzeittherapie – ein Instrument zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung? In Psychotherapeuten Journal 3/2015. 247-250; M. Sieber (2015) Dauer und Beendigung von Psychotherapien. Leading Opinions, 10.12.2015

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung

per Mail:

Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Zürich, 8. Oktober 2019

Stellungnahme des Vorstands der Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ZGPP)

im Rahmen der Vernehmlassung zur

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Sehr geehrte Damen und Herren

In seinem Schreiben vom 26. Juni 2019 hat Bundesrat Alain Berset unter anderem Dachverbände und interessierte Kreise eingeladen, zu den oben genannten Veränderungsvorschlägen Stellung zu nehmen.

Als regionale psychiatrische Fachgesellschaft mit über 600 Mitgliedern tun wir dies gerne und hoffen, dass die Anliegen der zweitwichtigsten medizinischen Disziplin – gemessen an der Anzahl Fachärzte in der Schweiz – im Rahmen dieser Vernehmlassung sorgfältig, differenziert und ausreichend gewichtet werden. Es ist uns ein Anliegen, den Vorzeigecharakter, den die Schweizer Psychiatrie & Psychotherapie auch im Ausland hat, weiter zu stärken und nicht durch ungesundes Konkurrenzgehabe, administrative Akrobatik und Fokusverlagerung weg vom Patienten in ihrer Qualität zu beeinträchtigen. Der Vergleich mit umliegenden Nachbarstaaten kann helfen, strategische Fehler zu vermeiden, damit die Vision einer integrierten, interprofessionellen, menschenzentrierten Psychiatrie keine leere Worthülse bleibt. Wir sind überzeugt, dass eine solche Psychiatrie für die Herausforderungen der Zukunft bestens gerüstet sein wird und freuen uns, diese Zukunft mit unseren Fachkollegen der psychologischen Psychotherapeuten gemeinsam und auf Augenhöhe gestalten zu können.

Freundliche Grüsse

Der Vorstand der Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

1. Zusammenfassung

Die Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie bekennt sich zu einer starken, qualitativ hochwertigen, für Betroffene niederschwellig zugänglichen Psychotherapie, als Teil einer integrierten psychiatrischen Versorgung. Sie anerkennt dabei die wichtige Rolle der psychologischen Psychotherapie und die Arbeit der dazu berechtigten, eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten. Sie ist überzeugt, dass eine Psychiatrie mit interprofessionell ausgerichteter Arbeitsweise und entsprechender Grundhaltung seiner Protagonisten eine moderne psychiatrische Versorgung auf hohem qualitativem Niveau ermöglicht. Sie begrüsst es auch, dass das in seiner bisherigen Form nicht mehr zeitgemässe Modell der Delegation eine Anpassung erfahren soll.

Die Gelegenheit, solche Anpassungen vorzunehmen, sollte nun genutzt werden, um das erwähnte interprofessionelle Versorgungsmodell zu stärken. Keinesfalls aber dürfen gesetzliche Anpassungen die Qualitäten der bisherigen Psychiatrie und Psychotherapie mindern. Dies gilt einerseits für die Arbeit von uns Psychiatern. Die ZGPP lehnt Modelle, die unsere Arbeitsweise, unsere Gestaltungsmöglichkeiten in Diagnostik und Therapie sowie unsere tarifarische Abgeltung in irgendeiner Weise limitieren, dezidiert ab. Ebenso entschieden lehnen wir Vorschläge ab, welche die Qualität der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten in irgendeiner Weise mindern. Sei es durch neue gesetzliche Limitationen oder durch ungenügende Erfahrung der Behandler.

Die ZGPP ist der Überzeugung, dass unter Berücksichtigung von vier inhaltlichen Kriterien ein für Patienten und beide psychotherapeutischen Berufsgruppen gewinnbringendes Modell umgesetzt werden kann:

1. Die Voraussetzungen ärztlicher (nicht delegierter) Psychotherapie bleiben unverändert.
2. In der psychologischen Psychotherapie werden keine qualitätsbehindernden Limitationen eingeführt.
3. Ärzte, welche psychologische Psychotherapien anordnen, verfügen über eine hierfür qualifizierende Weiterbildung.
4. Psychologische Psychotherapeuten, die über die Grundversicherung abrechnen, verfügen über eine definierte klinische Erfahrung, die zur Diagnose und psychotherapeutischen Behandlung sämtlicher psychischer Störungsbilder berechtigen.

2. Grundlegende Bemerkungen zum Stellenwert der Psychotherapie innerhalb der psychiatrischen Versorgung

2.1. Psychiatrie und Psychotherapie stärken

Wir unterstützen grundsätzlich die Bestrebung, das langjährige Provisorium des Delegationssystems zu ersetzen durch ein zeitgemässes Modell.

Wir meinen, dass durch die Integration einer hochwertigen psychologischen Psychotherapie in die Psychiatrie & Psychotherapie unser Fachgebiet nicht geschwächt, sondern vielmehr gestärkt werden kann. Wir möchten diese Chance wahrnehmen, um die Psychiatrie als integratives, interprofessionelles und biopsychosozial ausgerichtetes Fachgebiet sowohl in der Öffentlichkeit als auch innerhalb des Gesundheitswesens besser zu positionieren. Noch immer werden psychische Störungen stigmatisiert, nachgewiesenermassen zu spät entdeckt (auch von medizinischen Grundversorgern) und zu selten richtig behandelt. Wir sprechen uns für eine qualitativ hochwertige, inhaltlich und strukturell gut sichtbare, niederschwellig zugängliche, menschenwürdige und patientenzentrierte Psychiatrie aus.

2.2. Interprofessionalität statt Konkurrenz

Wir bedauern es, dass die polemische, emotional geführte Debatte in den Medien den Anschein erwecken mag, dass die Berufsgruppen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten diametral entgegengesetzte Interessen hätten.

Eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ist ein herausragendes Qualitätsmerkmal der Schweizer Psychiatrie, das in den letzten Jahren noch weiter an Bedeutung gewonnen hat. Gerade in Institutionen leisten Psychologen einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung von psychisch kranken Menschen. Aber auch im Rahmen des Praxisbetriebs zeigen individuell ausgearbeitete Delegationsmodelle, dass die vernetzte Art zu arbeiten für Psychiater und Psychologen eine im besten Sinne unspektakuläre Selbstverständlichkeit darstellt.

Wir warnen davor, dass Verordnungsanpassungen, welche die Separation der beiden Berufsgruppen fördern, zu einer ungesunden Konkurrenzierung führen, was für die interprofessionelle Gesundheitsversorgung und damit für die betroffenen Patienten weitreichende negative Folgen hätte.

Das neue Modell muss Interprofessionalität fördern. Bei der Umsetzung des vorliegenden Vernehmlassungsentwurfs besteht die Gefahr, dass sich die Qualität und Häufigkeit des fachlichen Austausch zwischen dem anordnenden Arzt und dem psychologischen Psychotherapeuten verschlechtert, weil den anordnenden Ärzten – entgegen dem bisherigen Modell – das psychotherapeutische Know-How und die entsprechende Grundhaltung fehlt.

2.3. Echte Verbesserung der Verfügbarkeit durch Integration statt Auslagerung

Die Verordnungsanpassung muss die niederschwellige Verfügbarkeit integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen gewährleisten, namentlich für Menschen mit komplexen und schweren Krankheitsbildern.

Psychotherapie ist eine wissenschaftlich fundierte Massnahme innerhalb des umfassenden diagnostischen und therapeutischen Spektrums der medizinischen Disziplin der Psychiatrie. Letztere wird als Integration psychotherapeutischer, biologischer (z.B. medikamentöser) und sozialer Ansätze betrieben. Der in der Schweiz traditionell als Doppeltitel vergebene «Facharzt für Psychiatrie *und* Psychotherapie» widerspiegelt diesen integralen medizinischen Ansatz, der sich zum Teil massgeblich von der Versorgung und den Weiterbildungsstrukturen des umliegenden Auslands unterscheidet¹. Offenbar schätzt auch die Bevölkerung diese ganzheitlich orientierte Medizin. So nehmen bei einem psychischen Problem 42% der Betroffenen direkt bei einem Psychiater eine Behandlung in Anspruch². Es ist auch anzunehmen, dass die Methodenintegration ökonomisch Sinn macht.

¹Jäggi, J, Künzi K, deWijn, N, Stocker, D. BASS, Schlussbericht; Vergleich der Tätigkeiten von PsychiaterInnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland. 9. März 2017

² Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (a.a.O.)

Dieser ganzheitliche Ansatz ist gefährdet, wenn psychologischen Psychotherapeuten Patientenzuweisungen spezifischer Störungsbilder erhalten bzw. Behandlungen aufgrund der Akuität, der Komplexität oder des Schweregrades des Krankheitsbildes abgelehnt werden. Dies führt dazu, dass Psychiater einseitig die schwer kranken, therapieresistenten, medikamentenbedürftigen Patienten betreuen werden. Behandlungsplätze für solche Menschen würden rar und die Psychiatrie eine weitere Stigmatisierung erfahren («nur wer schwer krank ist, muss zum Psychiater»).

2.4. Hohe Behandlungsqualität

Eine nicht delegierte, selbständige Tätigkeit mit Eigenverantwortung für Patienten mit komplexen, multifaktoriellen psychischen Störungen verlangt nach einer **definierten, praktisch ausgerichteten Weiterbildung**. Wir schlagen eine postgraduale Tätigkeit insbesondere in Institutionen der Akutversorgung und der stationären Psychiatrie vor. Diese von uns verlangten Kriterien werden bereits jetzt von sehr vielen psychologischen Psychotherapeuten erfüllt, sind jedoch noch nicht standardisiert. Die Vorgaben des PsyG sind bezüglich praktischer Erfahrung unzureichend.

Die Indikationsstellung für eine Psychotherapie erfordert entsprechende Kenntnisse, wie sie Psychiater, aber auch psychologische Psychotherapeuten selber in ihrer langjährigen Weiterbildung erwerben. Oft wird die Indikationsstellung zu einer Therapie sogar als Teil des Therapieprozesses aufgefasst. Dieser erste Schritt einer Psychotherapie muss weiterhin qualitativ höchsten Ansprüchen genügen. Anordnende Ärzte sollen sich auch während des Therapieprozesses im Sinne der oben erwähnten Interprofessionalität mit psychologischen Psychotherapeuten absprechen müssen. Dies gilt auch für die geforderte Berichterstattung an die Vertrauensärzte. Beides erfordert psychotherapeutische Grundkenntnisse, eine gemeinsame Sprache und eine entsprechende Grundhaltung. Wir fordern, dass diese **qualitativen Mindestanforderungen an die Weiterbildung anordnender Ärzte** in den anzupassenden Verordnungen ihren Niederschlag finden.

Selbstredend darf die **Qualität der ärztlich durchgeführten Psychotherapie** in keiner Weise beeinträchtigt werden. Jedwelche Veränderungsvorschläge, die inhaltliche Aspekte oder das Behandlungssetting von Psychiatern betreffen, lehnen wir entschieden ab.

2.5. Problematische Gleichschaltung der ärztlichen mit der psychologischen Psychotherapie im Gesetz

Anpassungen der beiden Verordnungen dürfen sich aus zwei Gründen **ausschliesslich auf die psychologische und nicht auf die ärztliche Psychotherapie beziehen. Wir lehnen sämtliche Veränderungsvorschläge, die sich auf die ärztliche Psychotherapie beziehen dezidiert ab.**

Erstens sind die Rahmenbedingungen der *ärztlichen* Psychotherapie nicht Gegenstand dieser Vernehmlassung und sollen allein schon deshalb unangetastet bleiben. Es geht bei dieser Verordnungsrevision um die Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeuten, die (analog der Physiotherapeuten, Hebammen, etc.) Zugang zur Grundversicherung erhalten sollen. Die Anpassung hat aber nichts mit ärztlichen, auch nicht psychiatrischen Leistungen zu tun.

Zweitens erachten wir einen direkten Vergleich der psychologischen Psychotherapie mit der Arbeit eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie als problematisch. Die methodenpluralistische und medizinisch ausgestaltete Aus- und Weiterbildung psychiatrischer Ärzte ermöglicht die weiter oben erwähnte integrative Vorgehensweise in Personalunion. Die ärztliche Psychotherapie ist als integraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit eines Psychiaters zu verstehen. Sie kann nicht isoliert von anderen Teilaspekten unserer Arbeit betrachtet und somit auch nicht direkt mit der psychologischen Psychotherapie verglichen werden.

2.6. Falsche Versprechen

Das im Begleitschreiben des EDI aufgeführte Argument, das Anordnungsmodell löse die Probleme der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, imponiert primär als politisch motivierte Behauptung. Die seit vielen Jahren bestehende Problematik nicht kostendeckender Tarife für ambulante Leistungen, die fehlenden Intermediärangebote, die ausbleibende tarifarische Differenzierung für die Behandlung komplexer Patienten sind nur ein paar Beispiele, die auch nach Umsetzung des Anordnungsmodells einer Lösung harren. Die Berufsgruppe der Psychiater mit ihren nationalen und kantonalen Verbänden weist seit Jahren auf diese Missstände hin, die vorgeschlagenen Massnahmen werden von der Politik konsequent ignoriert.

Die Notfallversorgung der Bevölkerung wird wie bisher erfolgreich durch die Psychiater gewährleistet werden – hier ist keine Verbesserung zu erwarten, zumal psychologische Psychotherapeuten gesetzlich nicht zur Notfalldienstleistung berechtigt sind und auch in ärztlicher Hinsicht gar nicht dazu ausgebildet sind.

3. Konkrete Änderungsvorschläge

3.1. Änderungen der KLV

3.1.1. Keine zusätzlichen Limitationen für ärztliche Psychotherapie

Vorschläge:

Sämtliche nachfolgenden Punkte dürfen keinesfalls Eingang in die angepasste Verordnung finden:

1. Neuaufnahme einer Vorgabe zur Durchführung einer Einstiegs- Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten (Art. 2 Abs. 1)
2. Anzahl Sitzungen psychologischer *und ärztlicher* Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Entscheid durch den Versicherer auf 30 Sitzungen (bisher 40 Sitzungen) (Art. 3)
3. maximale Dauer einer Sitzung: 1 Sitzung = maximal 60 Min. bei Einzeltherapie, maximal 90 Min. bei Gruppentherapie (Art. 3)

Die Beschreibung der **psychologischen Psychotherapie muss gesondert und abschliessend** im Artikel 11b. beschrieben werden. Limitationen innerhalb der KLV sind sowohl für ärztliche wie auch für psychologische Psychotherapeuten abzulehnen. Sollten dennoch Limitationen aufgrund drohender Mengenausweitung nötig sein, sind diese in den tarifarischen Regelwerken zu deklarieren.

Begründung:

- a.) Die vorgeschlagenen Anpassungen bedeuten eine massive Beschneidung unserer ärztlich-psychiatrischen Tätigkeit und zudem einen Eingriff in unsere Tarifstruktur (Tarmed) quasi «durch die Hintertür» und ohne Rücksprache mit uns als Tarifpartner!
- b.) Sowohl die Begrenzung der Sitzungsdauer, die psychometrische Erfassung der Patienten, als auch die Begrenzung der Therapiedauer sind unhaltbare Eingriffe in die Indikations- und Behandlungskompetenz **aller** Psychotherapeuten. Sowohl ärztliche wie auch psychologische Psychotherapeuten sind aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz in der Lage, ein psychotherapeutisches Behandlungssetting nach WZW Kriterien festzulegen.
- c.) Weder die maximale Sitzungsdauer von 60 Minuten noch die Kürzung der initialen Therapiedauer auf 30 Stunden sind inhaltlich nachvollziehbar und erscheinen völlig willkürlich und realitätsfremd. Gerade in neueren, evidenzbasierten Verfahren der sogenannten «dritten Welle», aber auch bei Expositionen in vivo im Rahmen einer Verhaltenstherapie sind wesentlich längere Sitzung üblich. Zahlreiche Patienten der Psychiatrie sind chronisch kranke Menschen und bedürfen – entgegen der Behauptung im Begleitschreiben des EDI – lebenslanger psychotherapeutischer Begleitung, analog einem Diabetespatienten, der auch nach 30 Insulin-Applikationen weiterhin auf diese Therapie angewiesen ist.
- d.) Die Einführung «validierter Instrumente» lässt die Frage offen, was hier überhaupt gemeint ist. Psychometrische Instrumente dienen im Rahmen einer multimodalen Therapie allenfalls der Zusatzdokumentation und Verlaufsdokumentation, sind aber für sich alleine genommen

nicht aussagekräftig, wie grosse Validierungsuntersuchungen zu den Instrumenten an sich, aber auch die mannigfachen Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Versuch einer quantifizierbaren Qualitätssicherung für psychiatrische Institutionen in den vergangenen Jahren gezeigt haben (ANQ etc.). Es geht nicht an, dass die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Arbeit mittels insuffizienter Instrumente dokumentiert und dabei «Erfolge» allein anhand dieser Psychometrieresultate beurteilt werden. Eine gute Diagnostik wird auch heute noch vor allem auf Grund des klinischen Erscheinungsbildes und des Verlaufes gestellt. Die gilt in der Psychiatrie genauso wie in vielen anderen medizinischen Disziplinen. Es gibt in der aktuellen KLV keinen einzigen Artikel, der eine metrische Erfassung für eine andere medizinische Disziplin mit ihren jeweiligen Methoden fordern würde. Es ist uns unverständlich, weshalb dies gerade in der bezüglich WZW Kriterien unumstrittenen Psychotherapie der Fall sein soll.

Zudem lässt der Verordnungstext völlig offen, zu welchem Zweck die Daten erhoben werden, wem die Daten zur Verfügung gestellt werden, was mit ihnen geschehen soll, wo sie gespeichert werden und welche Handlungsintentionen daraus resultieren. Fragen des Datenschutzes, des enormen

administrativen Mehraufwandes (mit Kostenfolgen!) und der missbräuchlichen «Qualitätssicherung» durch die Kostenträger bleiben unbeantwortet. Bei Letzterer würde sich beispielsweise ein Vergleich zwischen den einzelnen Psychotherapeuten anbieten, nach der simplizistischen Formel: «je grösser der Unterschied zwischen *Vorher* und *Nachher* in der Psychometrie, desto besser der Psychotherapeut».

3.1.2. Qualität der anordnenden Ärzte

Vorschläge:

Anstelle des «anordnenden Arzt» (Vorschlag KLV 11 b.) meinen wir, dass die **Berichterstattung durch die behandelnden psychologischen Psychotherapeuten** erfolgen sollte.

Wir beantragen eine **Mindestanforderung an die antragsstellenden Ärzte** über ihre Qualifikationen in Psychiatrie und Psychotherapie. Eingeschlossen sind dabei automatisch

- Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Titelträger des Fähigkeitsausweises «Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM)»

Neu geschaffen werden soll ein Qualifikationsnachweis «**Anordnung für psychologische Psychotherapie**» (z.B. im Sinne eines Fähigkeitsausweises oder eines nachgewiesenen Weiterbildungskurses), deren Inhaber ebenfalls zur Anordnung psychologischer Psychotherapien berechtigt sind. Alle eidgenössischen Fachärzte können diesen Fähigkeitsausweis erwerben. Die Inhalte einer solchen Qualifizierungsdeklaration müssten noch definiert werden. Gegebenenfalls können auch klinische Erfahrungen angerechnet werden, die sich Nicht-Psychiater im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie angeeignet haben. Titelträger des Fähigkeitsausweises «Delegierte Psychotherapie FMPP» erhalten ihn automatisch im Sinne einer Umwandlung des bisherigen, in Zukunft gegenstandslosen Fähigkeitsausweises.

Die Anordnung einer Krisenintervention oder Kurztherapie à maximal 10 Sitzungen für Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose einer lebensbedrohlichen Situation durch sämtliche Fachärzte ist gänzlich **zu streichen** (Art. 11 b.)

Begründung:

- a.) Psychologische Psychotherapeuten sind per definitionem Fachpersonen für Psychotherapie und bei entsprechender Standardisierung der klinischen Ausbildungsvoraussetzungen (siehe unser Vorschlag) vollends qualifiziert, für den Vertrauensarzt einen Bericht zu erstellen. Idealerweise erfolgt im Vorfeld ein interprofessioneller Austausch mit dem anordnenden Arzt.
- b.) Die Indikationsstellung einer spezifischen Therapie (wie die Psychotherapie) verlangt gewisse Grundkenntnisse, die vom anordnenden Arzt eingefordert werden können. Das Medizinstudium beschäftigt sich praktisch nicht mit der Psychotherapie, so dass Grundversorger oder Fachärzte ohne postgraduale Erfahrung in Psychiatrie&Psychotherapie ungenügend auf diese Aufgabe vorbereitet sind. Zudem verlangt der Austausch mit dem psychologischen Psychotherapeuten eine gemeinsame Sprache und Grundhaltung, die sich von der somatischen Medizin doch beträchtlich unterscheiden kann.
- c.) Die Idee der vereinfachten Anordnung einer Krisenintervention zeugt von wenig Praxisbezug und entspringt der trivialen Vorstellung, dass Patienten mit «schweren somatischen Erkrankungen», die an einer «Neudiagnose» (Definition?) und zeitgleich an einer «lebensbedrohlichen Situation» (Definition?) besonders schwer oder akut psychisch leiden würden. Diese Vermutung hält aber keiner inhaltlichen Prüfung stand. So sind beispielsweise Onkologiepatienten gerade in *nicht akut* lebensbedrohlichen Situationen (z.B. nach Abschluss der Therapie) nachweislich am stärksten belastet.
- d.) Es ist aus Patientenperspektive auch kritisch zu fragen, warum Krisenpatienten, die den vorgeschlagenen Kriterien genügen, eher Anspruch auf eine niederschwellige, rasch verfügbare Therapie haben sollten und Patienten mit schwereren Störungen (z.B. eine monatelang

unbehandelte Depression) den komplexeren Weg beschreiten müssen, ehe sie zu einem psychologischen Psychotherapeuten zugelassen werden.

- e.) Krisen- und Notfallsituationen werden durch psychiatrische Fachärzte (inklusive psychiatrischer Institutionen) aufgrund ihres Versorgungsauftrags, der gesetzlichen Grundlagen (Beteiligung am obligatorischen Notfalldienst, Fürsorgerische Unterbringungen) und ihrer fachlichen Voraussetzungen seit jeher gut abgedeckt, so dass diesbezüglich keine Massnahmen getroffen werden müssen.

3.1.3. Sonderfall ärztliche Psychotherapie

Vorschlag:

Die gesonderte Reglementierung der **ärztlichen Psychotherapie ist ganz aus der KLV zu streichen** (Art. 2 und 3).

Begründung:

Es bleibt uns unklar, warum die breit akzeptierte ärztliche Psychotherapie weiterhin in einer Leistungsverordnung legitimiert und limitiert werden muss. Gemäss Art. 33 Abs. c. der KVV sind «die neuen oder umstrittenen Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich in Abklärung befinden» Grund für eine separate Regelung der Leistungspflicht. Dies ist bei der Psychotherapie mitnichten der Fall. In mehreren Studien inklusive Metaanalysen konnte die Psychotherapie hohe Effektstärken erzielen, teilweise deutlich höher als manche, etablierte somatische Behandlungsmethoden. Wir plädieren dafür, dass die Psychiater, so wie andere Ärzte, ihre Therapien nach WZW Kriterien indizieren und bezüglich Verfahren, Dosierung und Therapiedauer individuell auf ihre Patienten ausrichten können.

Wie weiter oben ausgeführt, betrachten wir Psychiater die ärztliche Psychotherapie als integralen Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Sie kann nicht isoliert von anderen Teilaspekten unserer Arbeit betrachtet werden.

3.1.4. Psychologen in Weiterbildung zum Psychotherapeuten

Vorschlag:

Wir schlagen vor, für angehende psychologischen Psychotherapeuten das Delegationsmodell zu belassen. Gleiches gilt für bisher im Delegationsverhältnis tätige Psychologen, welche die neuen Bedingungen zur selbständigen Abrechnung nicht oder noch nicht erfüllen. Konsequenterweise muss das Kapitel 02.02 "nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie" im TARMED (und den Nachfolgetarifen) verbleiben.

Begründung:

Um Psychologen, die sich in Weiterbildung zu Psychotherapeuten befinden, wie bisher entsprechende Anstellungen zu ermöglichen, muss ausserhalb des Anordnungsmodells eine rechtliche Grundlage dafür fort bestehen. Dies gilt auch aus Sicht psychiatrischer Institutionen, die in der Versorgung seit Jahren auf psychologische Psychotherapeuten angewiesen sind, auch wenn diese noch nicht die Bedingungen erfüllen, um gegenüber der Grundversicherung abzurechnen.

3.1.5. Übergangsbestimmungen

Vorschlag:

Die Übergangsfrist, in denen weiterhin delegierte Psychotherapien möglich sind, ist auf 3 Jahre zu verlängern. Auch nach der Übergangsfrist sollte es Psychologen in Weiterbildung und solchen, welche die neu auferlegten Bedingungen zur Weiterbildung nicht erfüllen, möglich sein, als Angestellte eines

Facharztes bzw. Titelträgers für delegierte Psychotherapie Psychotherapien im Delegationsverhältnis durchzuführen. Wir lehnen es jedoch ab, dass bisher nicht genügend qualifizierte psychologische Psychotherapeuten automatisch die Berechtigung zur selbständigen Abrechnung via Grundversorgung erhalten.

Begründung:

12 Monate sind zu kurz, um das seit Jahrzehnten praktizierte Delegationsmodell vor allem auch in Praxen in ein Anordnungsmodell zu überführen. Zudem müssen bisher ungenügend qualifizierte psychologische Psychotherapeuten genügend Zeit haben, um die von uns veranschlagten Weiterbildungskriterien (vgl. 3.2.1.) zu erfüllen.

Die automatisch erteilte Berechtigung zur selbständigen Abrechnung bisher delegiert arbeitender Psychologen, ohne dass diese die von uns vorgeschlagenen Weiterbildungsqualifikationen erfüllen müssen, würde zu einer Diskriminierung der jüngeren Psychologen führen und wären mit den von uns geforderten Qualitätsanforderungen nicht vereinbar.

3.2. Änderungen der KVV

3.2.1. Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten

Vorschlag:

Die im Entwurf skizzierte Kombination der vom Psychologengesetz (PsyG) vorgeschriebenen 2 Jahre Weiterbildung mit 1 Jahr Mehrererfahrung ist zu ersetzen durch eine weitergehende Weiterbildung, die folgende Elemente umfasst:

- mindestens 2 Jahre postgraduale Weiterbildung sowie strukturierte Psychotherapieweiterbildung entsprechend den Anforderungen des PsyG mit Erwerb des Titels eines *eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten*.
- zusätzlich mindestens 2 Jahre Anstellung in einer Institution, die das Schweizer Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) als Weiterbildungsstätten Kategorie A oder B für die Facharztweiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie klassiert. Diese Weiterbildungszeit kann auch innerhalb der Psychotherapieweiterbildungsperiode (vor dem Erwerb des Titels «eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut») absolviert werden.
- davon mindestens je 1 Jahr Akutpsychiatrie und 1 Jahr stationäre Psychiatrie

Begründung:

- a.) Das Psychologengesetz fordert als Minimalstandard lediglich 2 Jahre Tätigkeit in einer Einrichtung der psychosozialen Versorgung, davon 1 Jahr in einer nicht weiter spezifizierten Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung. Das nach dem Erwerb des Fachtitels vorgeschlagene Zusatzjahr erweitert die Weiterbildungszeit auf 3 Jahre, wovon lediglich 1 Jahr in einer definierten Institution analog den SIWF Kategorien A oder B zu absolvieren sind. Gegenüber den Vorgaben für ärztliche Psychotherapeuten (6 Jahre klinische Erfahrung, davon 1 Jahr fachfremde Erfahrung und optional maximal 1 Jahr Forschungstätigkeit) ist dies deutlich weniger. Die vorgeschlagenen Minimalstandards erlauben keine genügende Qualitätssicherung für betroffene Patienten und sind deshalb zu verschärfen.
- b.) Für eine weitgehend selbständige Tätigkeit als Psychotherapeut sind inhaltliche Kenntnisse zu garantieren in der Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung von
 - *sämtlichen* psychiatrischen Krankheitsbildern (breites Spektrum)
 - *schweren* psychiatrischen Krankheitsbildern (bspw. Schizophrenie, bipolare Störungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen)
 - *akuten* psychiatrischen Krankheitsbildern wie Delirien, akute psychotischen Zustände etc.
 - Notfallpsychiatrischen Störungsbildern

- suizidalen Zuständen
- somatischen Aspekten psychischer Störungen
- psychischen Aspekten körperlichen Krankseins inklusive neuropsychiatrischer Störungen

3.2.2. Übergangsbestimmungen zu Art. 50c

Vorschlag:

Wir lehnen die unhinterfragte Übernahme für bisher ungenügend qualifizierte Psychotherapeuten in das neue Anordnungsmodell ab und plädieren stattdessen dafür, dass Psychologen, die die Kriterien für die Weiterbildung gemäss unserem Vorschlag nicht erfüllen, im Sinne einer Besitzstandswahrung weiterhin im Delegationsmodell (und somit Angestelltenverhältnis) tätig sein können.

Begründung:

Die Qualitätsansprüche aus Versorgungs- und Patientensicht gelten unabhängig davon, wie lange ein psychologischer Psychotherapeut schon praktiziert. Das PsyG ist erst seit 2018 definitiv in Kraft. Durch diverse Übergangsbestimmungen in der Vergangenheit arbeiten aktuell Psychotherapeuten, die weder über ein Psychologiestudium noch über genügend klinische Erfahrung verfügen. Aktuell werden diese von einem gut ausgebildeten Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie (bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eng betreut. Dieser trägt bislang die Schlussverantwortung für die korrekte medizinische Betreuung der Patienten. Mit der Übergangsbestimmung werden die Patienten durch ungenügend qualifizierte Psychotherapeuten behandelt. Diesen Psychotherapeuten muss es weiterhin möglich bleiben, in einem Angestelltenverhältnis bei einem Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit einem Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie weiterzuarbeiten.

Änderung der Verordnung KVV und KLV betreffend Neuregelung der Psychologischen Psychotherapie im Rahmen der OKP

ARGUMENTARIUM und ERLÄUTERUNGEN des Vorstandes SGPP

Zur Bedeutung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
 Zur Bedeutung für die Psychiaterin, den Psychiater

A. Zur Bedeutung der Änderungen von KLV Art.2&3 für die ärztliche Psychotherapie

I. ÄNDERUNG DER BEDINGUNGEN DER ÄRZTLICHEN PSYCHOTHERAPIE KLV ART. 2&3 OHNE RÜCKSPRACHE MIT DER FMPP !

Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen, die Einfluss auf die Qualität der Arbeit haben, ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden.

⇒ **FORDERUNG:** *Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.*

II. ZUR FRAGE DER BEDEUTUNG VON ART. 2 ABSATZ 1a resp. 1b

KLV-Text:

- 1a. *Die Wirksamkeit der angewandten Methode ist wissenschaftlich belegt.*
- 1b. *Sie umfasst eine **Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten.***

Hier stellen sich folgende wichtige und massgebliche Fragen, die ungeklärt sind:

Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?

Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig.

Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Gegebenenfalls können abhängig von Krankheitsbildern zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat.

Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein. Denn die neue Anordnung präferiert einseitig Kurztherapiemethoden. So wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen.

Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort in den Praxen finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.

Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbar Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.

Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Würde somit letztlich nicht die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird?

⇒ **FORDERUNG:** Die SGPP fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.

III. KOSTENGUTSPRACHEGESUCHE BEREITS NACH 30 SITZUNGEN UND REDUKTION DER MAXIMALEN SITZUNGSDAUER AUF 60 MINUTEN !

KLV-Text:

Art. 3 Kostenübernahme.

Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.

1. **Kostengutsprache gesuche** müssen nun bereits vor der 30. Sitzung statt wie bisher vor der 40. Sitzung eingebracht werden.

Der Entscheid, die ärztliche Psychotherapie auf 30 Sitzungen zu verkürzen, ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Mischen sich Dritte zu früh und wiederholt in eine Psychotherapie ein, beeinträchtigt dies die Behandlung.

Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher.

⇒ **FORDERUNG:** *Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprache gesuch!*

2. **Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'**

Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht automatisch 60 Minuten. Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden im Falle einer Reduktion verunmöglicht oder massiv erschwert; es kommt somit zu gravierenden qualitativen Einbussen.

Eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung fehlt. Diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich.

⇒ **FORDERUNG:** *Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie!*

B. Fragen zum neuen Anordnungsmodell: Mögliche Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten sowie für die psychiatrisch – psychotherapeutische Versorgung

I. ANZAHL ANORDNUNGEN PRO KRANKHEITSFALL

Wie viele aufeinanderfolgende Anordnungen wird eine Ärztin, ein Arzt bei der gleichen Patientin, beim gleichen Patienten veranlassen (können)? 3 Anordnungen entsprechen 45 Sitzungen, d.h. einem Behandlungszeitraum von ca. einem Jahr?

Ist der Arzt, die Ärztin bereit, bei Notwendigkeit auch 10 oder mehr Anordnungen zu schreiben für dieselbe Patientin bzw. denselben Patienten, z.B. bei schweren und chronischen Störungen?

Wirtschaftlichkeitskontrolle: Welche Auswirkungen hat die anordnende Ärztin, der anordnende Arzt zu gewärtigen, wenn sie, er im Vergleich zu Kolleginnen und Kollegen deutlich mehr Psychotherapien anordnet, d.h. mehr Therapien und somit mehr Kosten veranlasst?

Validierte Instrumente zur Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik: Wird der Arzt, die Ärztin obligatorisch eine weitere Therapie anordnen, wenn die Psychologin, der Psychologe darlegt, dass aufgrund einer testpsychologischen Untersuchung eine Fortsetzung der Psychotherapie angezeigt sei? Dies kann zu unnötigen Verlängerungen der Psychotherapien und damit zu einer Mengenausweitung führen. Die Rolle der anordnenden Ärztin, des anordnenden Arztes reduziert sich auf ein Abknicken.

II. AUSWIRKUNG DES ANORDNUNGSMODELLS FÜR DIE PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPIE

Aus den bisherigen Ausführungen sind verschiedene zukünftige Szenarien denkbar:

Patientinnen und Patienten mit schweren Störungen finden keine Behandlungsplätze.

Weil viele psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht über die klinische Erfahrung und somit die Kompetenz verfügen, um Therapien mit Patientinnen und Patienten, die an schweren Störungen leiden, lege artis durchzuführen, besteht die grosse Gefahr, dass diese Patientinnen und Patienten keinen Therapieplatz bei einer psychologischen Psychotherapeutin, einem psychologischen Psychotherapeuten finden. Die Psychiaterinnen und Psychiater werden den Bedarf nicht alleine decken, die notwendige Versorgung nicht leisten können. Die Erweiterung des therapeutischen Angebotes wird sich auf Patientinnen und Patienten mit leichten psychischen Erkrankungen beschränken und dort zu einer unnötigen Mengenausweitung führen.

Zweiklassenversorgung – Zunahme von out-of-pocket bezahlten Therapien!

Vermögende Patientinnen und Patienten bezahlen die notwendige Fortführung der psychologischen Psychotherapie selber, nicht Vermögende haben das Nachsehen bzw. werden versuchen bei einer Psychiaterin, einem Psychiater unter zu kommen.

III. WER SOLL ANORDNEN?

Was bedeutet die vorgeschlagene Anordnung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinderpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) bzgl. Qualitäts- und Qualifikationsfragen?

In der aktuellen Befragung der FMPP-Mitglieder vom Juli/August 2019 vertreten 75% der Antwortenden die Haltung, dass ausschliesslich Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinderpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin anordnen können sollen. Gut 48% der Antwortenden sind einverstanden, in ihrer Praxis anzuordnen; zusätzlich sind 27% der Antwortenden unter entsprechenden Voraussetzungen dazu bereit.

⇒ **FORDERUNG:** Die SGPP verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis

Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können. Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag voraus mit grossen Fallzahlen von Patientinnen und Patienten, die ein breites Spektrum von Krankheitsbildern repräsentieren. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.

⇒ **FORDERUNG:** *Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die SGPP die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.*

IV. ZULASSUNGSVORAUSSETZUNGEN PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN?

Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B).

Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen. Vor allem haben die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch keine Erfahrungen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Folglich werden sich die Psychologinnen und Psychologen in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren. In diesem Bereich werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots sorgen. Das wird zu einer deutlichen Kostenausweitung im Gesundheitswesen führen (weit höher als die postulierten 100 Mio.), ohne entsprechende Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen).

Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.

Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne

Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).

Die Unterversorgung wird nicht behoben, aber es kommt zu einer Fehlversorgung. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Sie werden grosse Mühe haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten.

Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.

FORDERUNG: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wie bereits früher schon, fordern wir eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf zwei Jahre. Zusätzlich unterstützen wir im aktuellen Verordnungsentwurf die Forderung nach einer zusätzlichen 12-monatigen klinischen Erfahrung nach Erlangen eines eidgenössischen Weiterbildungstitel. Dies sollte zwingend nur in einer SIWF- anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie **A** (Aufnahmepflicht mit breitem Patientengut) erfolgen, die per Definition ein breites Störungsspektrum der behandelten Patienten bieten und eine gewisse Mindestgrösse hinsichtlich Anzahl Patientinnen und Patienten haben.

- ⇒ **FORDERUNG:** Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die SGPP, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).
- ⇒ **FORDERUNG:** Wir unterstützen die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.

V. WEITERE BEMERKUNGEN

Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung eine viel zu lange Zeitspanne. Die Implementierung einer Begleitforschung ist zwingend!

⇒ **FORDERUNG:** Die SGPP ist in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.

Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.

Vorstand SGPP

Bern, 26. August 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Stiftung für Psychotherapie und Psychoanalyse

Abkürzung der Firma / Organisation : STIPP

Adresse : Ausstellungsstrasse 25, 8005 Zürich

Kontaktperson : Nicole Ben-David, Alexander Sölch

Telefon : 044 272 92 18, 044 272 92 29

E-Mail : ben-david@hin.ch, asoelch@hin.ch

Datum : 03.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17. Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen: Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Allgemeine Bemerkungen

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
STIPP	<p>Als Stiftung für Psychotherapie und Psychoanalyse wollen wir mit unserer 40-jährigen Erfahrung als Praxisgemeinschaft an der Vernehmlassung zum vorgeschlagenen Anordnungsmodell teilnehmen. In unserer Praxisgemeinschaft sind PsychiaterInnen und PsychologInnen tätig und betreuen im Rahmen konstruktiver Zusammenarbeit seit vielen Jahren PatientInnen aus unterschiedlichen Bevölkerungsschichten und mit verschiedenen, teilweise schweren Störungsbildern.</p> <p>Grundsätzlich begrüßen wir die Bestrebungen des Bundesrates, den Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen zu vereinfachen und es PsychotherapeutInnen zu ermöglichen, ihre Leistungen auch unabhängig von delegierenden PsychiaterInnen erbringen zu können. Ein Systemwechsel macht grundsätzlich Sinn, um eine bessere psychotherapeutische Versorgung für eine breitere Bevölkerung zu gewährleisten. Die Art und Weise, wie die Anordnung im neuen Modell konzipiert ist, stellt aus unserer Sicht als PraktikerInnen allerdings eher eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen der PsychotherapeutInnen und der psychotherapeutischen Versorgung dar, stehen doch etliche Aspekte des vorgeschlagenen Anordnungsmodells im direkten Widerspruch zu den im PsyG formulierten Anforderungen an einen/eine PsychotherapeutIn zur Ausübung seines/ihrer Berufes.</p>
STIPP	<p>Im vorliegenden Vernehmlassungsentwurf vermissen wir zudem eine Übergangsregelung, welche die Besitzstandswahrung all jener PsychotherapeutInnen regelt, die zwar nicht genau die Zulassungsvoraussetzungen im Gesetzesentwurf erfüllen, aber infolge einer Praxisbewilligung und einer abgeschlossenen psychotherapeutischen Ausbildung schon seit Jahren im Delegationsverhältnis arbeiten und mit ihrer langjährigen Praxiserfahrung schweizweit zur Versorgung einer breiten Bevölkerungsschicht beitragen.</p>

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
STIPP	50c	1	c	Die Forderung, dass BerufseinsteigerInnen nach Erhalt des Eidgenössischen Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung über 12 Monate in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Institution vorweisen müssen, erachten wir als problematisch, weil sie die Möglichkeiten für eine selbständige Tätigkeit von PsychotherapeutInnen deutlich erschwert. Dies steht unseres Erachtens im Widerspruch zu den Zielen und Inhalten des PsyG, das die PsychologInnen nach Abschluss ihrer psychotherapeutischen Weiterbildung zur Ausübung ihres Berufes ermächtigt.	„ während der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.“
STIPP	Übergangsbestimmung			Die PsychologInnen, die sich in psychotherapeutischer Weiterbildung befinden, sollen im Sinne einer Besitzstandswahrung in die Übergangsbestimmung aufgenommen werden. Zumal etliche PsychologInnen im aktuell gültigen Delegationsmodell bereits in psychotherapeutischen Praxen tätig sind, obwohl sie ihre psychotherapeutische Ausbildung noch nicht ganz abgeschlossen haben.	Ergänzung: „Personen, die beim Inkrafttreten der Änderungen vom (Datum) sich bereits in Weiterbildung zur PsychotherapeutIn nach PsyG befinden, werden nach Abschluss der Weiterbildung zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.“

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
STIPP	2, 1, b	<p>Die STIPP lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wie sie im Vorschlag definiert ist ab.</p> <p>Die Psychotherapie kennt verschiedene, wissenschaftlich fundierte Methoden, die in der Behandlung von PatientInnen zur Anwendung kommen. Diese Methodenvielfalt soll weiter gewährleistet bleiben und nicht durch die Einführung eines Instrumentes reduziert werden. Insbesondere in der psychoanalytischen Methode ist das Anwenden von Standardisierungen, wie sie Diagnoseinstrumente darstellen, inadäquat und können den Behandlungsverlauf empfindlich stören.</p> <p>Wir erachten diese Forderung ausserdem als eine inakzeptable Einmischung des Gesetzgebers in die psychotherapeutischen Behandlungen, die sich bereits hohen Berufsstandards und wissenschaftlichen Erkenntnissen verpflichtet.</p>	<p>Die Forderung zur Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik ist zu streichen.</p>

STIPP	3	<p>Anzahl Sitzungen Die Regelung, bereits nach 30 Sitzungen eine Verlängerung der Kostengutsprache beim Versicherer zu beantragen, verschlechtert aus unserer Sicht die Behandlungssituation im Vergleich zur Regelung wie sie jetzt besteht, nämlich einen solchen Antrag nach 40 Sitzungen einzureichen. Es handelt sich hier wiederum um eine bedeutungsvolle Einschränkung der psychotherapeutischen Arbeit und steht im Widerspruch zum, durch viele empirische Studien belegten Befund, dass selbst für Kurzzeittherapien 40 Stunden notwendig sind. Auch der Vorschlag, dass dieser Antrag durch den/die anordnende Arzt/Ärztin zu stellen sei, macht unserer Meinung nach wenig Sinn. So verfügt ein Arzt/eine Ärztin aus einer anderen Disziplin nicht über das nötige Fachwissen, einen psychotherapeutischen Verlauf und die Notwendigkeit einer Fortführung der psychotherapeutischen Behandlung zu beurteilen. Hingegen verfügt ein/eine PsychotherapeutIn über eine qualitativ hochstehende Ausbildung mit entsprechender fachlichen Kompetenzen. Deshalb ist ein solcher Antrag direkt vom/von der behandelnden PsychotherapeutIn einzureichen.</p> <p>Sitzungsdauer Die Kürzung der Sitzungsdauer erachten wir als nicht zweckmässig. Insbesondere bei Kriseninterventionen, in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, in Behandlungen unter Einbezug einer dolmetschenden Person und in Behandlungen von strukturschwachen und chronische kranken Personen ist eine solche Limitierung der Sitzungsdauer kontraindiziert. Um die psychotherapeutischen Behandlungen in der geforderten Qualität durchführen zu können, ist ein Spielraum im Ermessen des/der behandelnden PsychotherapeutIn zwingend erforderlich.</p>	<p>„Die Versicherung übernimmt die Kosten für 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer bis zu 90 Minuten bei Einzelsitzungen, 105 Minuten für Paar-, Familien- und Gruppentherapie. Artikel 3b bleibt vorbehalten.“</p>
STIPP	11b, 1, a	<p>Anordnungsbefugnis All diejenigen ÄrztInnen, die keinen im Vorschlag genannten Fachtitel besitzen, jedoch einen Fähigkeitsausweis zur Delegation nachweisen,</p>	

		sollen im Sinne einer Besitzstandswahrung ebenfalls die Befugnis zur Anordnung erhalten.	
--	--	--	--

STIPP	11b, 2, 4	<p>Erneuerung der Anordnung nach 15 Sitzungen</p> <p>Eine Erneuerung der Anordnung jeweils nach 15 Sitzungen ist aus verschiedenen Gründen nicht zielführend:</p> <p>Für einen positiven Behandlungsverlauf in der Psychotherapie ist ein tragfähiges Vertrauensverhältnis massgebend. Die Qualität der Beziehung gilt gemäss allen Wirksamkeitsstudien therapierichtungsübergreifend als der entscheidende Faktor für eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustandes der PatientInnen. Um eine solche entwickeln zu können, ist ein stabiles Behandlungssetting zwingend. Eine Limitierung auf 15 Sitzungen wirkt dem entgegen. Entsprechend kann keine Nachhaltigkeit in der Behandlung erzielt werden.</p> <p>Eine Limitierung auf 15 Sitzungen steht im Widerspruch zu den mit der Eidgenössischen Akkreditierung angestrebten Zielen: Im Rahmen des aufwendigen Prozesses der Akkreditierung der verschiedenen Weiterbildungsinstitute in den letzten Jahren werden hohe Anforderungen an die PsychotherapeutInnen zur Ausübung ihres Berufes gestellt, mit dem Ziel, eine qualitativ hochstehende Ausbildung der PsychotherapeutInnen zu sichern. Es darf also davon ausgegangen werden, dass diese die erforderlichen Kompetenzen mitbringen, ihre Leistungen selbständig erbringen zu können, ohne dass sie durch die anordnenden ÄrztInnen kontrolliert werden müssten. Auch das Argument der Wirtschaftlichkeit ist unseren Erachtens nicht zulässig. So werden die PsychotherapeutInnen im PsyG verpflichtet, „mit den zur Verfügung stehenden Mitteln wirtschaftlich umzugehen“. Es bleibt also unklar, weshalb die aufgetragene Selbstverantwortung den PsychotherapeutInnen im Anordnungsmodell wiederum entzogen werden soll. Umso mehr, als die Wirtschaftlichkeit bereits durch den Vertrauensarzt/-ärztin der Versicherer überprüft wird. Wir plädieren daher für ein Modell mit einer einmaligen Anordnung (Zuweisung) zur psychotherapeutischen Behandlung.</p>	<p>Nach einer einmaligen Anordnung durch den Arzt/die Ärztin erstattet der /die behandelnde PsychotherapeutIn vor Ablauf von 40 Stunden Psychotherapie dem/der Vertrauensarzt/-ärztin der Versicherung Bericht, wenn eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie besteht.</p>
-------	-----------	--	--

STIPP	11b 2,4	<p>Erneuerung der Anordnung nach 15 Sitzungen</p> <p>Schließlich scheint uns nicht unwesentlich, dass eine solch engmaschige Berichterstattung ein immens zeitintensiver administrativer Aufwand bedeutet, der die zeitliche Verfügbarkeit für den direkten Kontakt mit den PatientInnen schmälert und somit auf Kosten der Versorgung geht.</p>	
STIPP	11b	<p>Berichterstattung</p> <p>Die Berichte an den/die Vertrauensarzt/-ärztin der Versicherung nach 40 Sitzungen müssen wie oben ausgeführt durch den/die behandelnde PsychotherapeutIn erstattet werden und nicht durch den/die anordnenden Arzt/Ärztin.</p>	<p>„Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden, verfasst der/die behandelnde PsychotherapeutIn einen Bericht und stellt einen entsprechenden Antrag an die Versicherung.“</p>
STIPP	Übergangsbestimmung	<p>Übergangsbestimmung</p> <p>Die organisatorischen Anpassungen an das neue System erfordern genügend Zeit und die nötige Sorgfalt, um bereits laufende Behandlungen nicht zu stören. Deshalb verlangen wir eine entsprechende Verlängerung der Übergangsbestimmung.</p> <p>Für PsychologInnen, die sich zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Verordnung in psychotherapeutischer Weiterbildung befinden und nach dem Delegationsmodell in einer Praxis tätig sind, wird noch zusätzlich eine Anpassung der Übergangsbestimmung im Sinn einer Besitzstandswahrung nötig.</p>	<p>„Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis 36 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum). Für alle zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnung sich in psychotherapeutischer Weiterbildung befindenden (gemäss PsyG 935.81 vom 18. März 2011, Art. 6, Abs. 1 und 2) und im Delegationsverhältnis arbeitenden PsychologInnen, übernimmt die Versicherung die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie für bis zu 5 Jahre.“</p>

From: Praxis <ch.strebel@medges.ch>
Sent: Dienstag, 10. September 2019 01:47
To: _BAG-Leistungen-Krankenversicherung; _BAG-GEVER
Subject: Vernehmlassung zum geplanten Aenderung der Verordnung KVV und KLV betreffend Neuregelung der Psychologischen Psychotherapie im Rahmen der OKP

Categories: Simon

guten Abend

ich möchte mich gerne vernehmen lassen zur geplanten Neuregelung der psychologischen Psychotherapie

Zunächst möchte ich festhalten, dass uns Kinderpsychiatern eine möglichst optimale Versorgung der gesamten Bevölkerung am Herzen liegt. Diese verbesserte Versorgung darf aber nicht auf Kosten einer Mengenausweitung mit ungenügend ausgebildeten psychologischen Psychotherapeuten erfolgen. Wir fordern deshalb eine bezüglich Ausbildungsdauer und Ausbildungsintensität möglichst äquivalente Aus- und Weiterbildung

Zudem muss ich festhalten, dass in eine Verordnung der psychologischen Psychotherapie keine Erörterungen und Aenderungen der ärztlichen Psychotherapiehalte gehören!!

Zur Bedeutung der Aenderung von KLV Art. 2&3 für die ärztliche Psychotherapie

ad I. Aenderung der Bedingungen der ärztlichen Psychotherapie ohne Beteiligung der FMPP ist inakzeptabel, denn die Neuregelung findet zwar unter Beteiligung der Verbände der Psychologen, nicht aber der ebenfalls betroffenen Psychiatern und Kinderpsychiatern statt.

Wir fordern deshalb **die Mitbeteiligung der Psychiater und Kinderpsychiater bei der Ausgestaltung, also der gesamten FMPP.**

ad II) Die Einführung von flächendeckenden "diagnostischen" Instrumenten für Psychiater und Kinderpsychiater ist unnötig. Denn dies ist unser gelerntes, täglich erprobtes und mittels Weiterbildung weiter verfeinertes Alltagshandwerk, wir stellen unsere Diagnosen im klinischen und diagnostischen Gespräch, und auch anhand von Uebertragung und Gegenübertragung. Gelegentlich können im kinderpsychiatrischen Bereich gewisse Testungen hinzugezogen werden, aber nie standartmässig.

Gewisse Tests bevorzugen gewisse Therapiemethoden, auch dies ist ein Eingriff in unsere therapeutische Methodenvielfalt je nach gewählter Ausbildung. Zudem kreieren diese Tests

einen grossen Datenberg, wie es vor Jahren der Antrag auf weitere Psychotherapie nach maximal 10 Sitzungen kreierte und bald wieder abgeschafft wurde!

Wir fordern deshalb **für die Kinderpsychiatrie, dass Absatz 1b getrichen wird.**

ad III 1) Kostengutsprachen bereits nach 30 Sitzungen

Dieser Entscheid ist nicht fundiert, und führt ebenfalls zu einer verstärkten Bürokratisierung. Auch beeinträchtigt zu häufiges Einmischen von Dritten in seinen sensiblen therapeutischen Prozess den Therapieverlauf ungünstig.

Wir fordern deshalb **für die Kinderpsychiatrie, dass die bewährte Kostengutsprache nach 40 Sitzungen beibehalten wird.**

2) Reduktion der Sitzungszeit von 75 auf 60 Min. Da gewisse Therapiemethoden, insbesondere im kinderpsychiatrischen Setting, mehr Zeit benötigen, zudem eine Vor/Nachbereitung des therapeutischen Prozesses in dieser Sitzungszeit mit drin ist:

Wir fordern deshalb **für die Kinderpsychiatrie, keine Kürzung der Sitzungszeit und das Beibehalten von maximal 75 Min Dauer**

Zur den Fragen zum neuen Anordnungsmodell: mögliche Auswirkungen für Patienten in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung

ad I) Anzahl Anordnungen pro Krankheitsfall

Nach 3 Anordnungsdurchgängen, entspricht etwa einer Therapiedauer von 1 Jahr, stellt sich dann die Frage der Wirtschaftlichkeitskontrolle. Welche Auswirkungen hat dies auf die anzuordnenden Aerzte?

Und wird der Arzt die weitere Therapie anrdnen, wenn der Psychologe mittels testpsychologischer Untersuchung feststellt, dass eine Fortsetzung der Psychotherapie nötig ist? Auch die wiederholte

ad II) Auswirkung des Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie

Da viele psychologische Psychotherapeuten nicht über die klinische und somit fachliche Kompetenz verfügen, um Therapien mit Patienten mit schweren Störungen zu behandeln, besteht die Gefahr, dass diese keinen Therapieplatz bei psychologischen Psychotherapeuten finden werden. Die Kinderpsychiater werden den Bedarf nicht alleine decken können, und die erhoffte bessere Versorgung wird Patienten mit schwereren Störungsbildern nicht zugute kommen. Die Erweiterung des therapeutischen Angebots wird sich somit vorwiegend auf Patienten mit leichteren psychischen Erkrankungen **beschränken.**

Es droht eine Zweiklassenmedizin, und eine Zunahme von selbstbezahlenden Patienten.

ad III) Wer soll anordnen?

In einer Umfrage der FMPP vom Sommer 2019 (**Juli/August 19**) vertraten **75 % der Fachärzte** die Meinung, dass **nur Fachärzte Psychiatrie, Kinderpsychiatrie und Aerzte mit einem Fähigkeitsausweis für psychosomatische und psychosoziale Medizin anordnen sollen**

Wir fordern deshalb für die Kinderpsychiatrie, dass **nur Kinderpsychiater und Aerzte mit dem Fähigkeitsausweis für psychosomatische und psychosoziale Medizin anordnen sollen, denn eine korrekte und saubere Differentialdiagnostik und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Es wird also eine fachärztliche Weiterbildung sowie Erfahrung im medizinischen Alltag benötigt.**

Sollte der Bund an dieser Ausgestaltung des Anordnungsmodells festhalten, fordern wir, **die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises "Anordnung Psychotherapie"**

adIV) Zulassungsvoraussetzungen für psychologische Psychotherapeuten

Wir fordern, dass **die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapie bezüglich psychischer Erkrankungen erhöht werden müssen.**

Wir fordern deshalb **eine Verlängerung der postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell 1 auf 2 Jahre, zudem Forderung nach einem zusätzlichen 12-monatigen klinischen Erfahrung nach Erlangen des eidgenössischen Weiterbildungstitel.**

Da die Zahl der Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen und es zu einer Mengenausweitung kommen wird, **fordert die Kinderpsychiatrie, dass der BUnd mit der Einführung entsprechender Reglementierung (Numerus clausus oder Zulassungssteuerung) Verantwortung übernimmt.**

Wir unterstützen die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem alle relevanten Stakeholder vertreten sind.

ad V) Weitere Bemerkungen

Wir fordern, dass **die SGKJPP in die Evalua und in die**

Ich verbleibe mit freundlichen Grüßen, insbesondere an den BR Herrn Berset

Dr.med.Christoph Strebel

FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

--

Dr. med. Ch. Strebel
FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie
Gerbergasse 43
Postfach
4001 Basel
Tel: 061 263 33 51
Fax: 061 263 33 52
Mail: ch.strebel@medges.ch

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr.med. Daniel Strub

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxis Dr.med. Daniel Strub

Adresse : Pizolcare Praxis AG
Bahnhofpark 2a
7320 Sargans

Kontaktperson : Dr.med. Daniel Strub

Telefon : 081 725 88 80

E-Mail : daniel.strub@hinmail.ch

Datum : 9. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SGAP-SPPA	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Die SGAP-SPPA lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Bedarf, Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich optimieren und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Veränderungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang zu sein scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungsvorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne OKP-Zulassung (welche neben der einjährigen zusätzlichen klinischen Praxis eine abgeschlossene Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten bzw. zur eidg. anerkannten Psychotherapeutin voraussetzt) von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung und Weiterbildung zusätzlich erschweren würde.
--	---

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ul style="list-style-type: none">○ Die SGAP-SPPA als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen aller Altersgruppen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13). Es gibt eine besonders starke Unterversorgung im Bereich Psychotherapie bei Älteren. Medikamente werden schlechter vertragen, weshalb diese Therapieform einen besonderen Stellenwert hat. Wenn Therapien in dieser Altersgruppe zur Ausbildung gehören, dann dürfte die Schwelle sinken, solche Patienten später auch zu behandeln. Darüber hinaus gibt es spezifische Formen der Psychotherapie im Alter (in Bezug auf die Form (kürzere und häufigere Sitzungen), die Themen (z.B. Rollenwechsel, Trauer, Einsamkeit) und die Aufarbeitung von Inhalten (z.B. bei kognitiver Beeinträchtigung). Aus Sicht der SGAP-SPPA ist es fachlich nicht vertretbar, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ältere Personen selbstständig behandeln, ohne den Nachweis einer mindestens sechsmonatigen klinischen Erfahrung mit Personen dieser Altersgruppe erbringen zu müssen. Aus diesem Grund müssen die theoretischen Curricula der angehenden psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen curricular aufgebauten Theorie zur Alterspsychiatrie und -psychotherapie sowie Gerontopsychologie enthalten und eine mindestens sechsmonatige Rotation in einer SIWF-anerkannten alterspsychiatrischen Weiterbildungsstätte Kategorie C müsste obligatorisch sein.○ Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikations- und die Behandlungsqualität.○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die
--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.</p> <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und aus ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen. • Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen. • Die Vorlage würde durch die ausgelöste Mengenausweitung die Gefahr der konsekutiven Verschlechterung des Psychiatrie-Tarifs mit entsprechenden Folgen für die Behandlungsangebote nach sich ziehen. • Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich fördern, statt diese zu verhindern.
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage klar ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur nicht durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden verkannt.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde nicht genutzt, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten <p>Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den deutlich gestiegenen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). Eine theoretische Weiterbildung sowie eine mindestens sechsmonatige klinische Erfahrung im Bereich der Alterspsychiatrie und -psychotherapie sollte als obligatorischer Bestandteil der Zulassungskriterien zur OKP gefordert werden.</p> 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).</p> 3. Kostendeckung gewährleisten
--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch aufsuchende und zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).</p>
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found.	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i></p> <p><i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	<p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>
				<p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	
				<p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art.50</p>	<p>Abs.1</p>	<p>c</p>	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>g. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss insgesamt 5 Jahre (inkl. der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung») betragen und an mindestens drei SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie (davon sechs Monate in der Alterspsychiatrie und -psychotherapie) sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie, also auch in SIWF- anerkannten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätten der Kategorie C sowie in kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbildungsstätten zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). Eine mindestens sechsmonatige Rotation in eine SIWF- anerkannte alterspsychiatrische Weiterbildungsstätte der Kategorie C müsste von allen Weiterzubildenden gefordert werden.</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss insgesamt 5 Jahre (inkl. der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung»)</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p style="text-align: center;">betragen und an mindestens drei SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie (davon sechs Monate in der Alterspsychiatrie und -psychotherapie) sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist absolut unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind,</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>wäre die Folge. Ein weiterer Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung und in der Weiterbildung zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach angepasster Regelung (das heisst psychologisch-psychotherapeutische Tätigkeit unter fachlichen Supervision und Leistungsverantwortung durch einen bzw. einer zur OKP zugelassenen eidg. anerkannten Psychotherapeuten resp. Psychotherapeutin) verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur nichtärztlichen psychologischen/psychotherapeutischen Leistungen in der Spitalpsychiatrie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				diese mit den angedachten Ordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.	
Error! Reference source not found.			II	<i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG9 gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen. 2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</i>	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen
				Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen	
				<i>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen. Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden</i>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.</p>	
Error! Reference source not found.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.SMHC	2,3,11	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.
		<p>Begründung Der Bundesrat schreibt im Faktenblatt zum Vernehmlassungsentwurf Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP: « Die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie gelten in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie. »</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, welche ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p><i>Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich nicht nur auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen, sondern auch auf die Tarife der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Die ärztliche Psychotherapie würde eine Einschränkung der Behandlungszeit um rund 40% gegenüber heute hinnehmen müssen (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]).</p> <p>Durch die Gleichstellung der psychologischen Psychotherapie mit der ärztlichen Psychotherapie und die Verknüpfung der beiden psychiatrischen Leistungen (ärztliche Psychotherapie bzw. IPPB) im TARMED und im TARDOC besteht die zusätzliche Gefahr, dass auch der Tarif für die IPPB durch die KLV-Änderung tangiert wird. Die IPPB ist das Kernangebot der psychiatrischen Spitalambulatorien: Sie schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen oder konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche führend-beratende Massnahmen.</p> <p>Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme und zur Gefahr einer Senkung der psychologischen aber auch der psychiatrischen Tarife mit entsprechenden Konsequenzen für die Versorgung aber auch für die Attraktivität der beiden psychiatrischen Fächer, welche mit grossen Nachwuchsproblemen zu kämpfen haben.</p>	
--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Ordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.</p> <p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen systemrelevanten Eingriff in das Gesundheits- und das Berufsbildungssystem in diesem Bereich über blossе Ordnungsänderungen anpeilen zu wollen. Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p> <p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen. Kein anderes Facharztweiterbildungsprogramm beinhaltet eine obligatorische klinische Erfahrung in einer SIWF-anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen resp. kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbildungsstätte.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden. Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den MedizinerInnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasseten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p>	
<p>Error! Reference source not</p>			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	
Error! Reference source not found.			Siehe Annex
Error! Reference source not found.			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Christoph Studer Gladen

Abkürzung der Firma / Organisation : Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Adresse : Friedensgasse 51, 4056 Basel

Kontaktperson

Telefon : 061 327 10 22

E-Mail : studergladen@hin.ch

Datum : 13.9.2019

Bemerkung: Ich stehe vollständig hinter der Stellungnahme der SGPP und unterstütze sie mit diesem Schreiben. Diese Stellungnahme äussert auch meine Meinung und Haltung klar.

Dr. med. Christoph Studer Gladen
Psychiatrie u. Psychotherapie FMH
Praxis 51
Friedensgasse 51 4056 Basel



13.9.2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Dr. med. Christoph Studer Gladen	ICH LEHNE DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB.
Dr. med. Christoph Studer Gladen	<p>Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden.</p> <p><i>Wir Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i></p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Dr. med. Christoph Studer Gladeen	50	1	c	<p>Psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B). Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen. Vor allem haben die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch keine Erfahrungen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Folglich werden sich die Psychologinnen und Psychologen in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren. In diesem Bereich werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots sorgen. Das wird zu einer deutlichen Kostenausweitung im Gesundheitswesen führen (weit höher als die postulierten 100 Mio.), ohne entsprechende</p>	<p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 3 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmepflicht mit breitem Krankheitsspektrum).</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arzzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p>	
			<p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung wird nicht behoben werden, hingegen wird es zu einer Fehlversorgung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Sie werden grosse Mühe</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten (vgl. auch Bemerkung weiter unten Art. 2, Abs. 1, Bst. b) KVV)</p> <p>Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben.</p>	
			<p>Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p>FORDERUNG: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wie bereits früher schon, fordern wir eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf <u>zwei</u> Jahre. Zusätzlich unterstützen wir im aktuellen Verordnungsentwurf die Forderung nach einer zusätzlichen 12-monatigen klinischen Erfahrung nach Erlangen eines eidgenössischen Weiterbildungstitels. Diese sollte allerdings zwingend in einer SIWF- anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut) erfolgen, denn ausschliesslich SIWF- anerkannte Institutionen der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenezwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</p> <p>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</p> <p>Ich unterstütze die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</p>	
Dr. med. Christoph Studer Gladen			<p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Personen zu behandeln, obwohl sie als Therapeuten nur über ein Jahr klinischer Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art.11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Ich erachte diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p>	STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist entsprechend explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologische Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt liegt.</p>	
--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Dr. med. Christoph Studer Gladen	2, Abs. 1, Bst. B)	<p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig.</p> <p>Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Gegebenenfalls können, abhängig vom Krankheitsbild, zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat.</p> <p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, präferiert doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der</p>	STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen</p>	
--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbar Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.</p> <p>Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> <p>FORDERUNG: Ich fordere, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</p>	
<p>Dr. med. Christoph Studer Gladen</p>	<p>Art. 3</p>	<p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der Verordnungsänderung zu erwartenden Mengenausweitung als Argument einer kostendämpfenden Massnahme zu dienen.</p> <p>Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken und sind eine Beeinträchtigung für die Therapie (Stichworte Vertrauensbildung und Sicherheit).</p> <p>Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen</p>	<p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Aufwandes einher, ohne erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. –zahler.</p> <p><i>Ich fordere: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p> <p><i>Ich fordere: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</i></p>	
<p>Dr. med. Christoph Studer Gladen</p>	<p>Art. 11b, Bst. A.</p>	<p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie</p>	<p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.</p> <p>FORDERUNG: <i>Ich verlange, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</i></p> <p>FORDERUNG: <i>Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordere ich die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</i></p>	<p>psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und -psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p>
<p>Dr. med. Christoph Studer Gladen</p>	<p>Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5</p>	<p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen</p> <p>«Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht... der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin»</p> <p>Wie kann die Ärztin, der Arzt objektiv urteilen ohne Einbezug in die Therapie? Wie kann sie oder er urteilen ohne vertiefte Kenntnisse bzw. ohne entsprechende Erfahrung und Ausbildung in der Behandlung von</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapeutinnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

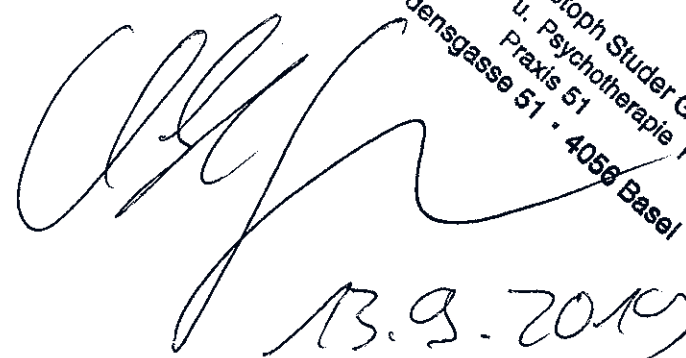
		psychischen Krankheiten ? Wie könnte dann die Ärztin, der Arzt unter diesen Bedingungen den Antrag zur Fortsetzung der Psychotherapie fundiert stellen, ohne Beeinflussung durch die Psychologin oder den Psychologen, deren/dessen Bericht mit dem formalem Antrag mitgeschickt wird?	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Dr. med. Christoph Studer Gladen		<p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) durchzuführen ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung betrachtet eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend!</p> <p>FORDERUNG: Die SGPP und die SGKJPP sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.</p>	<p>Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung!</p>
Dr. med. Christoph Studer Gladen		<p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.</p>	<p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).</p>
Dr. med. Christoph Studer Gladen		<p>Die Inhalte der Verordnungsänderungen ebenso wie deren gesundheitspolitischen wie auch finanziellen Auswirkungen scheinen zu wenig reflektiert. Enorm problematisch ist die inhärente Botschaft, dass psychiatrische Störungen behandlungsmässig in die Nähe von somatischen Beschwerden</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	gerückt werden, die mit eine, zwei oder auch drei Anordnungen für x Sitzungen adäquat behandelt werden können. Es würde den angestrebten Verordnungsänderungen im Sinne ihrer durch den Bundesrat zu verfolgenden Zielsetzungen gut anstehen, deren Ausgestaltung durch ein interdisziplinäres ExpertInnengremium der betroffenen Fachorganisationen nochmals grundsätzlich zu überdenken.	
--	--	--


Dr. med. Christoph Studer Gladen
Psychiatrie u. Psychotherapie FMH
Friedensgasse 51 - 4056 Basel
13.9.2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : **Suchtfachstelle Zürich**

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Josefstrasse 91, 8005 Zürich

Kontaktperson : Barbara Willimann

Telefon : 043 444 77 00

E-Mail : barbara.willimann@suchtfachstelle.zuerich

Datum : 8.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Suchtfachstelle Zürich	<p>Die Suchtfachstelle Zürich bedankt sich beim Bundesrat für die Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Dies ist der lang erwartete Schritt zur Abschaffung des Delegationsmodells hin zur Anerkennung der postgradualen Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben – eine Sachlage, die bereits durch das Inkrafttreten des PsyG im Jahr 2013 gesetzlich verankert wurde. Die Suchtfachstelle Zürich bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme der Suchtfachstelle Zürich derjenigen des ZüPP sowie der FSP entspricht.</p>
Suchtfachstelle Zürich	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche die Suchtfachstelle Zürich klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Suchtfachstelle Zürich ist vollumfänglich einverstanden mit den Zielen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie, speziell auch in Krisen- und Notfallsituationen. Durch die Anordnung seitens der Grundversorger werden bestehende Hürden in der Versorgung von psychisch Kranken abgebaut. Weiter stützen wir klar die durch den Modellwechsel erwartete Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung durch die Verbindlichkeit des PsyG. • Vollumfänglich einverstanden ist die Suchtfachstelle Zürich mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten Ärzte. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der Patienten erhöht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart.
Suchtfachstelle Zürich	<p>Inhalte der Vorlage, welche die Suchtfachstelle ablehnt und deren Anpassung wir fordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Suchtfachstelle Zürich lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Sie fordert die Beibehaltung der bisherigen Anordnung von 40 Sitzungen, da sich diese Praxis bewährt hat und die Beschränkung auf 30 Sitzungen die Administration und letztendlich die Kosten steigert. • Die Suchtfachstelle Zürich lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Suchtfachstelle Zürich ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. • Die Suchtfachstelle Zürich lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die Suchtfachstelle Zürich verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Die Suchtfachstelle Zürich ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) durch den anordnenden Arzt einverstanden. Der dazugehörige Bericht muss aber zwingend vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. • Die Suchtfachstelle Zürich lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik, wie sie im Vorschlag definiert ist, ab und verlangt stattdessen die Prüfung der Tauglichkeit und Praktikabilität einer solchen Diagnostik an einem Modellprojekt. Hiernach kann ein Stichprobenverfahren implementiert werden.
Suchtfachstelle Zürich	<p>Ergänzungen, welche die Suchtfachstelle Zürich vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die Suchtfachstelle Zürich verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der Suchtfachstelle Zürich braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Die Suchtfachstelle Zürich unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich die Suchtfachstelle Zürich eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ul style="list-style-type: none"> Psychotherapie basiert auf Sprache. Die Suchtfachstelle Zürich fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom.
Suchtfachstelle Zürich	Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Stellungnahme auf die gemeinsame Nennung der männlichen und weiblichen Form verzichtet. Wenn nicht anders angegeben, sind immer beide Geschlechter gemeint.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Suchtfachstelle Zürich	45-50a			Keine Bemerkungen	
Suchtfachstelle Zürich	50b			<p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p>	
Suchtfachstelle Zürich	50c	1	a & b	Eidg. Titel und kantonale Bewilligung	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.	
Suchtfachstelle Zürich	50c	1	c	<p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht Suchtfachstelle Zürich unbestritten. Die Suchtfachstelle Zürich unterstützt auch das Argument des Bundesrats, dass die Erfahrung in interprofessionellen Teams und mit einem breiten Störungsspektrum wichtige Voraussetzungen sind für die Behandlung von Krankheiten im Rahmen des KVG. Suchtfachstelle Zürich steht aber der geforderten zusätzlichen Erfahrung von 12 Monaten klinischer Praxis kritisch gegenüber, sofern diese nur nach Abschluss der Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen kann. Suchtfachstelle Zürich begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für Suchtfachstelle Zürich ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch</p>	<p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die Suchtfachstelle Zürich fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die Suchtfachstelle Zürich ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Suchtfachstelle Zürich	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die Suchtfachstelle Zürich fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p>	d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)
Suchtfachstelle Zürich	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die Suchtfachstelle Zürich ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die Suchtfachstelle Zürich aber die grosse Knappheit der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze. Im Hinblick auf eine langfristige Sicherstellung der Versorgung und um eine Verknappung an Ausbildungsplätzen zu verhindern, schlägt die Suchtfachstelle Zürich folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c</p>	<p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.	5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]
Suchtfachstelle Zürich	52d			Keine Bemerkungen	
Suchtfachstelle Zürich	(neu) 52e			Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html .	Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie: <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Suchtfachstelle Zürich	Übergangsbest.	1 & 2		Die Suchtfachstelle Zürich begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeuten. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.	
Suchtfachstelle Zürich	Übergangsbest.	3		Die Suchtfachstelle Zürich stellt fest, dass bei der Übergangsbestimmung die Neuropsychologen keine Erwähnung finden. Es gibt einige Kantone, die bisher keine Bewilligungspflicht für die Neuropsychologen kennen. Daher kann eine Übergangsbestimmung, welche die Neuropsychologen angemessen berücksichtigt, nicht an die Bewilligung knüpfen, sondern an die bisherige Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung.	Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstagen a-c, e und f [...]

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Suchtfachstelle Zürich	2	1	a	Keine Bemerkungen	
Suchtfachstelle Zürich	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die Suchtfachstelle Zürich teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die	Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit dem Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wird das Ziel verfehlt. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der Eingangsdagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen. • Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen 	<p>b. Sie umfasst eine Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten</p>
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist.</p> <p>Die Suchtfachstelle Zürich schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p>	
Suchtfachstelle Zürich	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die Suchtfachstelle Zürich ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p>	<p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die Suchtfachstelle Zürich ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p>	
Suchtfachstelle Zürich	3b	Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz		Siehe Begründung zur Art. 3.	<p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p>
Suchtfachstelle Zürich	11b	1		Keine Bemerkungen	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Suchtfachstelle Zürich	11b	1	a	<p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die Suchtfachstelle Zürich begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzte. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedene Kategorien von Ärzten dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die Suchtfachstelle Zürich geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die FSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p>	<p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p>
Suchtfachstelle Zürich	11b	1	b	<p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p>	<p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die Suchfachstelle Zürich den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p>	<p>Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p>
Suchfachstelle Zürich	11b	2	<p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p>	<p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Suchtfachstelle Zürich	11b	3		Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.
Suchtfachstelle Zürich	11b	4		Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.	Antrag auf Streichung Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.
Suchtfachstelle Zürich	11b	5		Die Berichte nach 40 Stunden müssen vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten erstellt werden und nicht vom anordnenden Arzt. Alles andere ist nicht sachgerecht.	Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar; der Antrag erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin, der Bericht erfolgt durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin.
Suchtfachstelle Zürich	Übergangsbestimmung			Der Zeitraum von 12 Monaten, in denen die delegierte Psychotherapie noch über die Versicherung abgerechnet werden kann, ist eher knapp bemessen, kann aber akzeptiert werden.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : **Suchtfachstelle Zürich**

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Josefstrasse 91, 8005 Zürich

Kontaktperson : Barbara Willimann

Telefon : 043 444 77 00

E-Mail : barbara.willimann@suchtfachstelle.zuerich

Datum : 8.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Suchtfachstelle Zürich	<p>Die Suchtfachstelle Zürich bedankt sich beim Bundesrat für die Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Dies ist der lang erwartete Schritt zur Abschaffung des Delegationsmodells hin zur Anerkennung der postgradualen Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben – eine Sachlage, die bereits durch das Inkrafttreten des PsyG im Jahr 2013 gesetzlich verankert wurde. Die Suchtfachstelle Zürich bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme der Suchtfachstelle Zürich derjenigen des ZüPP sowie der FSP entspricht.</p>
Suchtfachstelle Zürich	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche die Suchtfachstelle Zürich klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Suchtfachstelle Zürich ist vollumfänglich einverstanden mit den Zielen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie, speziell auch in Krisen- und Notfallsituationen. Durch die Anordnung seitens der Grundversorger werden bestehende Hürden in der Versorgung von psychisch Kranken abgebaut. Weiter stützen wir klar die durch den Modellwechsel erwartete Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung durch die Verbindlichkeit des PsyG. • Vollumfänglich einverstanden ist die Suchtfachstelle Zürich mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten Ärzte. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der Patienten erhöht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart.
Suchtfachstelle Zürich	<p>Inhalte der Vorlage, welche die Suchtfachstelle ablehnt und deren Anpassung wir fordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Suchtfachstelle Zürich lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Sie fordert die Beibehaltung der bisherigen Anordnung von 40 Sitzungen, da sich diese Praxis bewährt hat und die Beschränkung auf 30 Sitzungen die Administration und letztendlich die Kosten steigert. • Die Suchtfachstelle Zürich lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Suchtfachstelle Zürich ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. • Die Suchtfachstelle Zürich lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die Suchtfachstelle Zürich verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Die Suchtfachstelle Zürich ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) durch den anordnenden Arzt einverstanden. Der dazugehörige Bericht muss aber zwingend vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. • Die Suchtfachstelle Zürich lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik, wie sie im Vorschlag definiert ist, ab und verlangt stattdessen die Prüfung der Tauglichkeit und Praktikabilität einer solchen Diagnostik an einem Modellprojekt. Hiernach kann ein Stichprobenverfahren implementiert werden.
Suchtfachstelle Zürich	<p>Ergänzungen, welche die Suchtfachstelle Zürich vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die Suchtfachstelle Zürich verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistent analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der Suchtfachstelle Zürich braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Die Suchtfachstelle Zürich unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich die Suchtfachstelle Zürich eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ul style="list-style-type: none"> Psychotherapie basiert auf Sprache. Die Suchtfachstelle Zürich fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom.
Suchtfachstelle Zürich	Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Stellungnahme auf die gemeinsame Nennung der männlichen und weiblichen Form verzichtet. Wenn nicht anders angegeben, sind immer beide Geschlechter gemeint.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Suchtfachstelle Zürich	45-50a			Keine Bemerkungen	
Suchtfachstelle Zürich	50b			<p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p>	
Suchtfachstelle Zürich	50c	1	a & b	Eidg. Titel und kantonale Bewilligung	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.	
Suchtfachstelle Zürich	50c	1	c	<p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht Suchtfachstelle Zürich unbestritten. Die Suchtfachstelle Zürich unterstützt auch das Argument des Bundesrats, dass die Erfahrung in interprofessionellen Teams und mit einem breiten Störungsspektrum wichtige Voraussetzungen sind für die Behandlung von Krankheiten im Rahmen des KVG. Suchtfachstelle Zürich steht aber der geforderten zusätzlichen Erfahrung von 12 Monaten klinischer Praxis kritisch gegenüber, sofern diese nur nach Abschluss der Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen kann. Suchtfachstelle Zürich begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für Suchtfachstelle Zürich ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch</p>	<p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die Suchtfachstelle Zürich fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die Suchtfachstelle Zürich ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Suchtfachstelle Zürich	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die Suchtfachstelle Zürich fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p>	d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)
Suchtfachstelle Zürich	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die Suchtfachstelle Zürich ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die Suchtfachstelle Zürich aber die grosse Knappheit der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze. Im Hinblick auf eine langfristige Sicherstellung der Versorgung und um eine Verknappung an Ausbildungsplätzen zu verhindern, schlägt die Suchtfachstelle Zürich folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c</p>	<p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.	5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]
Suchtfachstelle Zürich	52d			Keine Bemerkungen	
Suchtfachstelle Zürich	(neu) 52e			Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html .	Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie: <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Suchtfachstelle Zürich	Übergangsbest.	1 & 2		Die Suchtfachstelle Zürich begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeuten. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.	
Suchtfachstelle Zürich	Übergangsbest.	3		Die Suchtfachstelle Zürich stellt fest, dass bei der Übergangsbestimmung die Neuropsychologen keine Erwähnung finden. Es gibt einige Kantone, die bisher keine Bewilligungspflicht für die Neuropsychologen kennen. Daher kann eine Übergangsbestimmung, welche die Neuropsychologen angemessen berücksichtigt, nicht an die Bewilligung knüpfen, sondern an die bisherige Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung.	Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstagen a-c, e und f [...]

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Suchtfachstelle Zürich	2	1	a	Keine Bemerkungen	
Suchtfachstelle Zürich	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die Suchtfachstelle Zürich teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die	Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit dem Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wird das Ziel verfehlt. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der Eingangsdiaagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen. • Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen 	<p>b. Sie umfasst eine Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten</p>
--	--	--	--	---	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist.</p> <p>Die Suchtfachstelle Zürich schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p>	
Suchtfachstelle Zürich	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die Suchtfachstelle Zürich ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p>	<p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die Suchtfachstelle Zürich ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p>	
Suchtfachstelle Zürich	3b	Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz		Siehe Begründung zur Art. 3.	<p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p>
Suchtfachstelle Zürich	11b	1		Keine Bemerkungen	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Suchtfachstelle Zürich	11b	1	a	<p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die Suchtfachstelle Zürich begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzte. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedene Kategorien von Ärzten dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die Suchtfachstelle Zürich geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die FSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p>	<p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p>
Suchtfachstelle Zürich	11b	1	b	<p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p>	<p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die Suchfachstelle Zürich den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p>	<p>Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p>
Suchtfachstelle Zürich	11b	2	<p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p>	<p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Suchtfachstelle Zürich	11b	3		Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.
Suchtfachstelle Zürich	11b	4		Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.	Antrag auf Streichung Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.
Suchtfachstelle Zürich	11b	5		Die Berichte nach 40 Stunden müssen vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten erstellt werden und nicht vom anordnenden Arzt. Alles andere ist nicht sachgerecht.	Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar; der Antrag erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin, der Bericht erfolgt durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin.
Suchtfachstelle Zürich	Übergangsbestimmung			Der Zeitraum von 12 Monaten, in denen die delegierte Psychotherapie noch über die Versicherung abgerechnet werden kann, ist eher knapp bemessen, kann aber akzeptiert werden.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : aargauische stiftung suchthilfe ags

Abkürzung der Firma / Organisation : Suchthilfe ags, Geschäftsstelle

Adresse : Kasinostrasse 29, 5000 Aarau

Kontaktperson : Hans Jürg Neuenschwander

Telefon : 062 837 60 70

E-Mail : hans_juerg.neuenschwander@suchthilfe-ags.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Suchthilfe ags	Die Suchthilfe ags bedankt sich beim Bundesrat für die Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Dies ist der lang erwartete Schritt zur Abschaffung des Delegationsmodells hin zur Anerkennung der postgradualen Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben. Das ist eine Sachlage, die bereits durch das Inkrafttreten des PsyG im Jahr 2013 gesetzlich verankert wurde. Die Suchthilfe ags bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben.
Suchthilfe ags	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche die Suchthilfe ags klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Suchthilfe ags ist vollumfänglich einverstanden mit den Zielen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie. Durch die Anordnung seitens der Grundversorger werden bestehende Hürden in der Versorgung von psychisch Kranken abgebaut. Weiter stützen wir klar die durch den Modellwechsel erwartete Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung durch die Verbindlichkeit des PsyG. • Vollumfänglich einverstanden ist die Suchthilfe ags mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten Ärzte. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der Patienten erhöht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart.
Suchthilfe ags	<p>Inhalte der Vorlage, welche die Suchthilfe ags ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Suchthilfe ags lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Sie fordert die Beibehaltung der bisherigen Anordnung von 40 Sitzungen, da sich diese Praxis bewährt hat und die Beschränkung auf 30 Sitzungen die Administration und letztendlich die Kosten steigert. • Die Suchthilfe ags lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Die Suchthilfe ags ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren.

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Suchthilfe ags lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die Suchthilfe ags verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Die Suchthilfe ags ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) durch den anordnenden Arzt einverstanden. Der dazugehörige Bericht muss aber zwingend vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden können. • Die Suchthilfe ags lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik, wie sie im Vorschlag definiert ist, ab.
Suchthilfe ags	<p>Ergänzungen, welche die Suchthilfe ags vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die Suchthilfe ags verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der Suchthilfe ags braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Die Suchthilfe ags fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom.
Suchthilfe ags	<p>Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Stellungnahme auf die gemeinsame Nennung der männlichen und weiblichen Form verzichtet. Wenn nicht anders angegeben, sind immer beide Geschlechter gemeint.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Suchthilfe ags	45-50a			Keine Bemerkungen	
Suchthilfe ags	50b			<p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen anpasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p>	
Suchthilfe ags	50c	1	a & b	<p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.</p>	
Suchthilfe ags	50c	1	c	Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss	Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der Suchthilfe asg unbestritten. Die Suchthilfe asg unterstützt auch das Argument des Bundesrats, dass die Erfahrung in interprofessionellen Teams und mit einem breiten Störungsspektrum wichtige Voraussetzungen sind für die Behandlung von Krankheiten im Rahmen des KVG. Die Suchthilfe asg steht aber der geforderten zusätzlichen Erfahrung von 12 Monaten klinischer Praxis kritisch gegenüber, sofern diese nur nach Abschluss der Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen kann. Die Suchthilfe asg begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die Suchthilfe asg ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmed-Positionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p>	<p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer/-s eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p>
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die Suchthilfe ags fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die Suchthilfe ags ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
Suchthilfe ags	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die Suchthilfe ags fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p>	d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Suchthilfe ags	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die Suchthilfe ags ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die Suchthilfe ags aber die grosse Knappheit der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze. Im Hinblick auf eine langfristige Sicherstellung der Versorgung und um eine Verknappung an Ausbildungsplätzen zu verhindern, schlägt die Suchthilfe ags folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. 	<p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p>
Suchthilfe ags	52d			<p>Keine Bemerkungen</p>	
Suchthilfe ags	Übergangsbest.	1 & 2		<p>Die Suchthilfe ags begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeuten. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.</p>	

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

Suchthilfe ags	Übergangsbest.	3		Die Suchthilfe ags stellt fest, dass bei der Übergangsbestimmung die Neuropsychologen keine Erwähnung finden. Es gibt einige Kantone, die bisher keine Bewilligungspflicht für die Neuropsychologen kennen. Daher kann eine Übergangsbestimmung, welche die Neuropsychologen angemessen berücksichtigt, nicht an die Bewilligung knüpfen, sondern an die bisherige Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung.	Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a-c, e und f [...]
-------------------	----------------	---	--	--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Suchthilfe ags	2	1	a	Keine Bemerkungen	
Suchthilfe ags	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die Suchthilfe ags teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit dem Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wird das Ziel verfehlt.	Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen b. Sie umfasst eine Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Suchthilfe ags	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die Suchthilfe ags ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p>	<p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p>
-------------------	---	--	--	---	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				Die Suchthilfe ags ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.	
Suchthilfe ags	3b	Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz		Siehe Begründung zur Art. 3.	Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]
Suchthilfe ags	11b	1		Keine Bemerkungen	
Suchthilfe ags	11b	1	a	Anordnungsbefugte Ärzte Die Suchthilfe ags begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzte. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedene Kategorien von Ärzten dient klar dem Abbau von Zugangshürden. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Suchthilfe ags	11b	1	b	<p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die Suchthilfe ags den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p>	<p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p>
Suchthilfe ags	11b	2		<p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich</p>	<p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern. Begründung für den Änderungsvorschlag bez.der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	
Suchthilfe ags	11b	3		Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.
Suchthilfe ags	11b	4		Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.	Antrag auf Streichung Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.
Suchthilfe ags	11b	5		Die Berichte nach 40 Stunden müssen vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten erstellt werden und nicht vom anordnenden Arzt. Alles andere ist nicht sachgerecht.	Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar; der Antrag erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin, der Bericht erfolgt durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin.
Suchthilfe ags	Übergangsbestimmung			Der Zeitraum von 12 Monaten, in denen die delegierte Psychotherapie noch über die	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				Versicherung abgerechnet werden kann, ist eher knapp bemessen.	
--	--	--	--	--	--

Eidgenössisches Departement des Inneren
Baundesamt für Gesundheit BAG
Abt. Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstr. 157
3003 Bern

Zürich, 04.10.2019

Betreff: Vernehmlassung zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset,
sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Wir begrüssen die geplante Reform hin zum Anordnungsmodell sind aber besorgt über die Absicht diese Kostenneutral umzusetzen.

Der Suneboge ist eine Wohn- und Arbeitsgemeinschaft im Herzen von Zürich, im zentral gelegenen Stadt-Kreis 1. Hier wohnen, arbeiten und treffen sich Menschen mit IV, Sozialhilfe, mit Suchtproblemen und mit anderen psychischen Problemen. Wir sehen täglich unsere über 40 BewohnerInnen, ca. 30 Beschäftigte in einem Job-Programm und täglich ca. 100 weitere Menschen, die aus diversen Gründen unser Angebot in Anspruch nehmen. Wir arbeiten oft und gerne mit andern Institutionen zusammen, insbesondere mit der Psychiatrie und Psychologie.

Unter unseren KlientInnen sind schwer und komplex erkrankte Menschen, die oft nur mit grossem Koordinations- und Vernetzungsaufwand eine angemessene Behandlung erhalten. Wir versuchen deshalb im Interesse dieser Menschen, die nur schwer und selten Gehör finden Stellung zu nehmen.

Grundsätzlich ist zu begrüssen, dass die Schwelle für psychologische oder psychiatrische Beratung und Therapie gesenkt wird. Zu befürchten ist, dass die damit ausgelöste Mengenausweitung zu Sparbemühungen führt. Dies ist bereits in den beiden revidierten Verordnungen angedacht mit einer Beschränkung der Anzahl Sitzungen auf 30, die abzulehnen ist und einer bürokratischen Hürde, der stufenweisen Anordnung von jeweils 15 Sitzungen, die wir ebenfalls ablehnen.

Bei Menschen mit über 30 Jahren Sucht-Geschichte und oft langer Gewalterfahrung sind Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik natürlich wünschbar, können aber nicht standardmässig mit allen durchgeführt werden. Bei traumatisierten Menschen in unserem Umfeld ist von sehr hohen Anforderungen an den Datenschutz und an den Schutz der Würde und psychischen Integrität der Betroffenen auszugehen. Dies ist mit einem Routine-Monitoring nicht oder nur mit unverhältnismässigem Aufwand möglich. Gerade angesichts der Sparbemühungen rechnen wir nicht damit, dass dieser Schutz gewährleistet sein wird.

Es ist komplett unethisch, von einem schwer traumatisierten, langjährig randständigen Menschen mit psychotischen Bedrohungen zu verlangen, dass er vor der Therapie noch schnell einwilligt, dass er ausführlich befragt wird und diese Daten dann elektronisch versendet werden. Wie schwierig eine sichere elektronisch sichere Datenbearbeitung ist wird ja ersichtlich bei der Skepsis gegenüber elektronischen Wahlen und Abstimmungen. Weshalb sollte dann eine Paranoikerin glauben, dass ihre Daten geschützt sind?

Eine weitere grosse Sorge gilt dem nächsten Schritt, der nicht Teil der Vernehmlassung ist: Wenn der Zugang zur Psychotherapie erleichtert ist und mehr Behandlungen stattfinden, kann nicht der Tarif gesenkt werden und die Qualität gleichzeitig erhöht. Es ist zu befürchten, dass künftige Sparbemühungen vor allem schwer erkrankte, randständige und schlecht vertretene Menschen treffen werden. Dies ist nicht nur aus sozialen Gründen zu bedauern, es kann auch die Errungenschaften der erfolgreichen 4-Säulen-Politik gefährden, die uns allen eine sichere Gesellschaft und einen hohen Lebensstandard im Sinne von allgemeiner Lebensqualität ermöglichen.

Bereits heute sind die komplexen Fälle oft in einer Art Drehtür und werden zwischen verschiedenen und oft sehr teuren Institutionen hin- und her geschoben. Das ist unethisch, nicht zweckdienlich, riskant und teuer.

Wir wünschen dem Bundesrat den Mut und die Weisheit, die fällige höhere Bewertung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung auch wirklich und mit Franken anzuerkennen.

Freundliche Grüsse



Anna Brändle
Gesamtleiterin



Richard Blättler
Leiter Betreuung

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Service Universitaire de Psychiatrie de la Personne Agée – Département de Psychiatrie – CHUV-Prilly/Lausanne

Abkürzung der Firma / Organisation : SUPAA

Adresse : Site de Cery, 1008 Prilly/Lausanne

Kontaktperson : Prof. Armin von Gunten, Chef de Service

Telefon : 021 314 52 67

E-Mail : armin.von-gunten@chuv.ch

Datum : 9. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SUPAA	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Le SUPAA lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Bedarf, Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich optimieren und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Veränderungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
SUPAA	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang zu sein scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungsvorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne OKP-Zulassung (welche neben der einjährigen zusätzlichen klinischen Praxis eine abgeschlossene Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten bzw. zur eidg. anerkannten Psychotherapeutin voraussetzt) von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung und Weiterbildung zusätzlich erschweren würde.
--	---

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Der SUPAA als Autor dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen aller Altersgruppen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13). Es gibt eine besonders starke Unterversorgung im Bereich Psychotherapie bei Älteren. Medikamente werden schlechter vertragen, weshalb diese Therapieform einen besonderen Stellenwert hat. Wenn Therapien in dieser Altersgruppe zur Ausbildung gehören, dann dürfte die Schwelle sinken, solche Patienten später auch zu behandeln. Darüber hinaus gibt es spezifische Formen der Psychotherapie im Alter (in Bezug auf die Form (kürzere und häufigere Sitzungen), die Themen (z.B. Rollenwechsel, Trauer, Einsamkeit) und die Aufarbeitung von Inhalten (z.B. bei kognitiver Beeinträchtigung). Aus Sicht des SUPAA ist es fachlich nicht vertretbar, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ältere Personen selbstständig behandeln, ohne den Nachweis einer mindestens sechsmonatigen klinischen Erfahrung mit Personen dieser Altersgruppe erbringen zu müssen. Aus diesem Grund müssen die theoretischen Curricula der angehenden psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen curricular aufgebauten Theorie zur Alterspsychiatrie und -psychotherapie sowie Gerontopsychologie enthalten und eine mindestens sechsmonatige Rotation in einer SIWF-anerkannten alterspsychiatrischen Weiterbildungsstätte Kategorie C müsste obligatorisch sein. ○ Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikations- und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die
--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.</p> <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und aus ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahler zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen. • Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen. • Die Vorlage würde durch die ausgelöste Mengenausweitung die Gefahr der konsekutiven Verschlechterung des Psychiatrie-Tarifs mit entsprechenden Folgen für die Behandlungsangebote nach sich ziehen. • Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich fördern, statt diese zu verhindern.
SUPAA	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage klar ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur nicht durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden verkannt.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde nicht genutzt, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten <p>Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den deutlich gestiegenen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). Eine theoretische Weiterbildung sowie eine mindestens sechsmonatige klinische Erfahrung im Bereich der Alterspsychiatrie und -psychotherapie sollte als obligatorischer Bestandteil der Zulassungskriterien zur OKP gefordert werden.</p> 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).</p> 3. Kostendeckung gewährleisten
--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch aufsuchende und zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).</p>
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SUPAA	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	<p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>
				<p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	
				<p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

SUPAA	Art.50	Abs.1	c	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>g. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss insgesamt 5 Jahre (inkl. der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung») betragen und an mindestens drei SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie (davon sechs Monate in der Alterspsychiatrie und -psychotherapie) sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie, also auch in SIWF- anerkannten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätten der Kategorie C sowie in kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbildungsstätten zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). Eine mindestens sechsmonatige Rotation in eine SIWF- anerkannte alterspsychiatrische Weiterbildungsstätte der Kategorie C müsste von allen Weiterzubildenden gefordert werden.</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss insgesamt 5 Jahre (inkl. der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung»)</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p style="text-align: center;">betragen und an mindestens drei SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie (davon sechs Monate in der Alterspsychiatrie und -psychotherapie) sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist absolut unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind,</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>wäre die Folge. Ein weiterer Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung und in der Weiterbildung zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach angepasster Regelung (das heisst psychologisch-psychotherapeutische Tätigkeit unter fachlichen Supervision und Leistungsverantwortung durch einen bzw. einer zur OKP zugelassenen eidg. anerkannten Psychotherapeuten resp. Psychotherapeutin) verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur nichtärztlichen psychologischen/psychotherapeutischen Leistungen in der Spitalpsychiatrie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				diese mit den angedachten Ordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.	
SUPAA			II	<i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG9 gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen. 2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</i>	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen
				Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen	
				<i>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen. Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden</i>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung</p> <p>Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.</p>	
SUPAA					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
SUPAA	2,3,11	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.
		<p>Begründung Der Bundesrat schreibt im Faktenblatt zum Vernehmlassungsentwurf Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP: « Die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie gelten in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie. »</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, welche ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p><i>Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich nicht nur auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen, sondern auch auf die Tarife der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Die ärztliche Psychotherapie würde eine Einschränkung der Behandlungszeit um rund 40% gegenüber heute hinnehmen müssen (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]).</p> <p>Durch die Gleichstellung der psychologischen Psychotherapie mit der ärztlichen Psychotherapie und die Verknüpfung der beiden psychiatrischen Leistungen (ärztliche Psychotherapie bzw. IPPB) im TARMED und im TARDOC besteht die zusätzliche Gefahr, dass auch der Tarif für die IPPB durch die KLV-Änderung tangiert wird. Die IPPB ist das Kernangebot der psychiatrischen Spitalambulatorien: Sie schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen oder konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche führend-beratende Massnahmen.</p> <p>Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme und zur Gefahr einer Senkung der psychologischen aber auch der psychiatrischen Tarife mit entsprechenden Konsequenzen für die Versorgung aber auch für die Attraktivität der beiden psychiatrischen Fächer, welche mit grossen Nachwuchsproblemen zu kämpfen haben.</p>	
--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Ordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.</p> <p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen systemrelevanten Eingriff in das Gesundheits- und das Berufsbildungssystem in diesem Bereich über blossе Ordnungsänderungen anpeilen zu wollen. Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p> <p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen. Kein anderes Facharztweiterbildungsprogramm beinhaltet eine obligatorische klinische Erfahrung in einer SIWF-anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen resp. kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbildungsstätte.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden. Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den MedizinerInnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasseten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
SUPAA		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	
			Siehe Annex

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV.....	Invalidenversicherung
KLV.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	Medizinaltarifkommission
MV	Militärversicherung
OKP.....	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM.....	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP.....	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC.....	Swiss Mental Health Care
SUVA.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen.....	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung.....	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern.....	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen.....	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz.....	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen.....	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten.....	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen.....	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz.....	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz.....	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen.....	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?.....	11
2.3	Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle.....	11
2.3.2	Fehlreize und Risikoselektion.....	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland.....	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung.....	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten.....	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten.....	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten.....	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet.....	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie.....	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis.....	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention.....	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife.....	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten.....	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand.....	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulant psychiatrischen Institutionen.....	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten.....	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen.....	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED.....	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung.....	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner.....	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB.....	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMCH) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

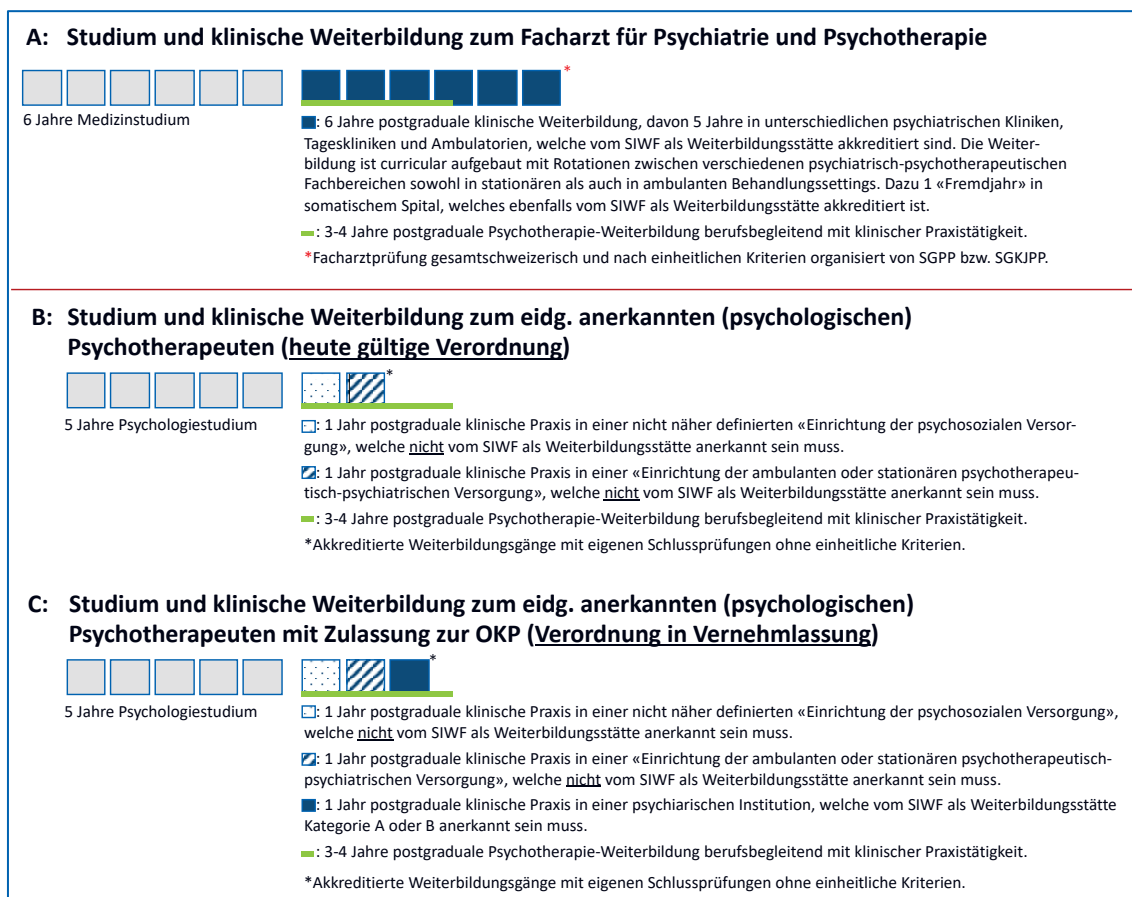


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11.2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

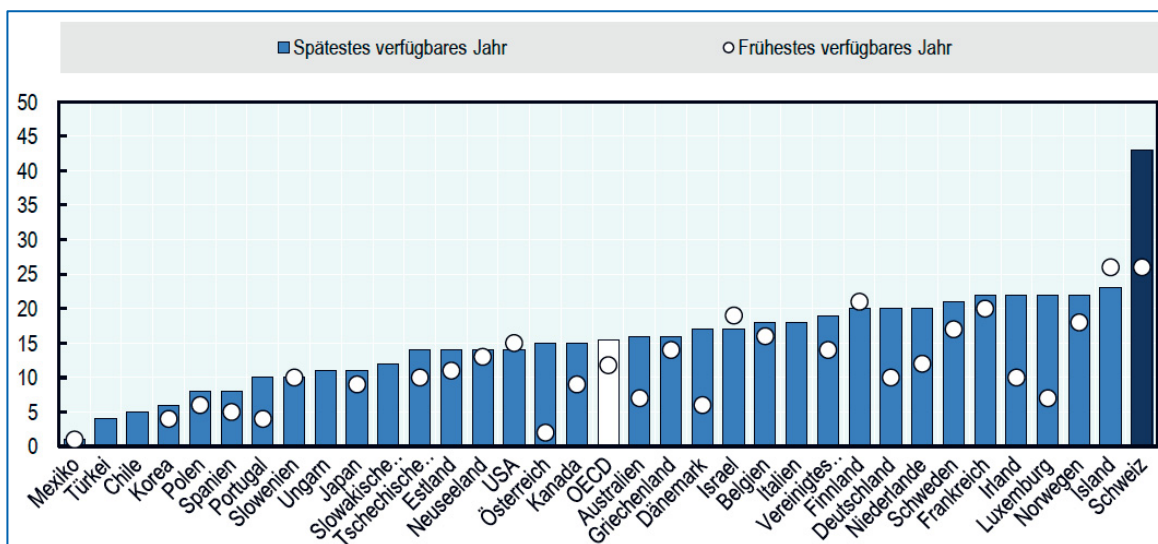


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.



Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärzttestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerzttestatistik/fmh-aerzttestatistik.cfm#1131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

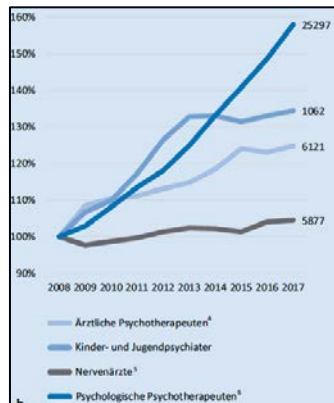


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

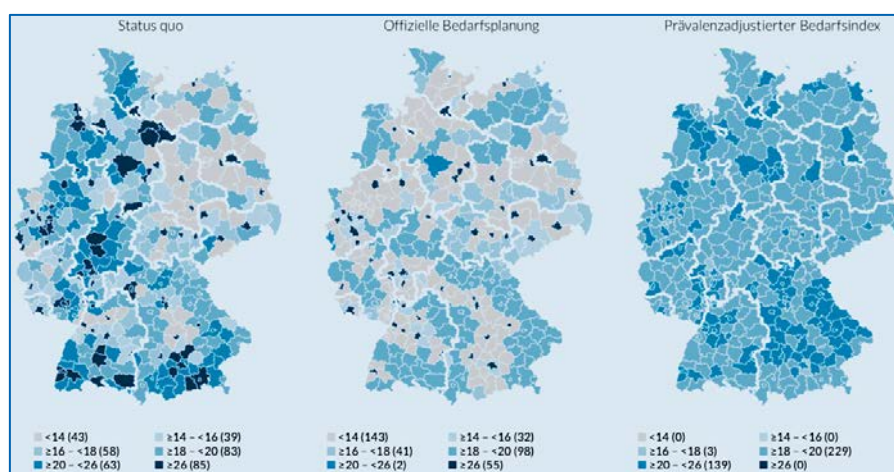


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermaßen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedarf orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

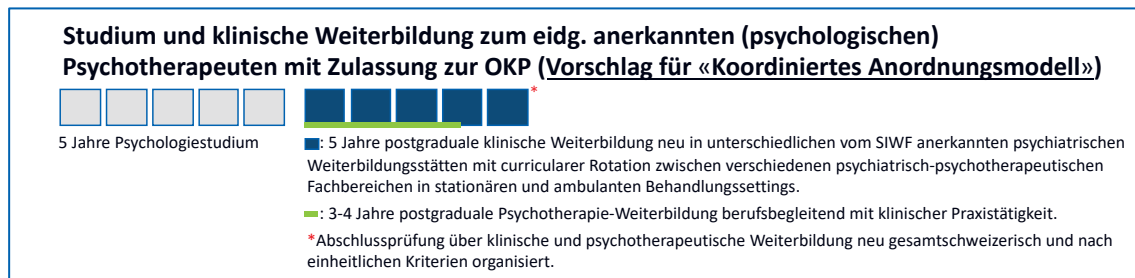


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

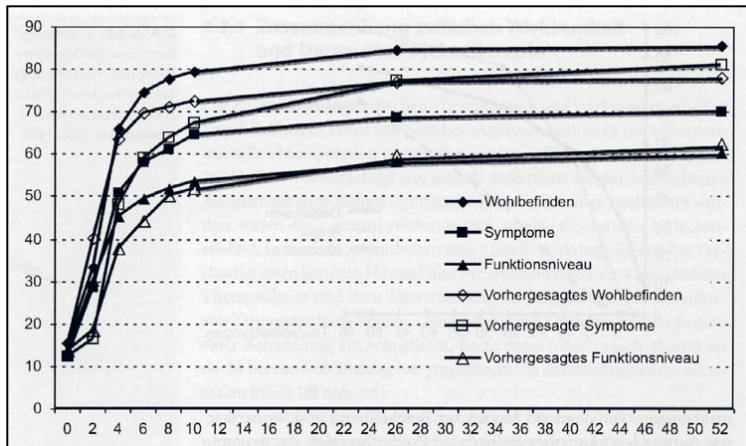


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsystem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsystem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutische Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

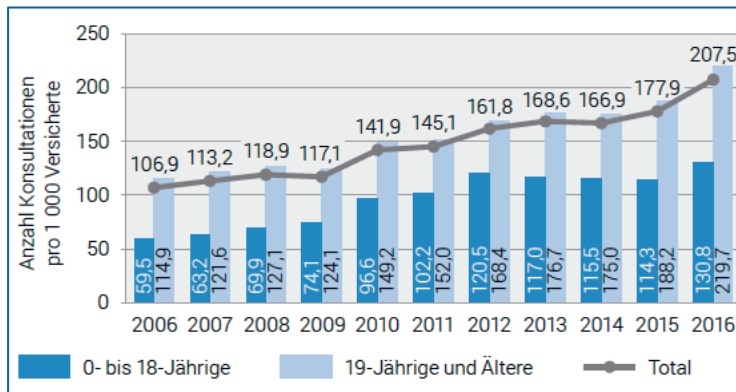


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Ordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Harfmann Susanne, Dr. med.

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Zentralstrasse 150, 8008 Zürich

Kontaktperson : Susanne Harfmann

Telefon : +41 78 823 47 99

E-Mail : sharfmann@zadz.ch

Datum : 15. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17. Oktober an folgende E-Mail-Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Privat	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehe, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Ordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<p>quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. ○ Ich als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen
--	--

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen. • Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p>
	<p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found.	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i> 	<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>
				<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	
				<p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art.50</p>	<p>Abs.1</p>	<p>c</p>	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharztstitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Veränderungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p>	
Error! Reference			II	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

source not found.			<p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i> 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen. 2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p>	
	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen			
	<p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und Ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute</p>			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.	
Error! Reference source not found.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Privat	2,3,11	Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.	Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.
		<p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): <i>«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».</i> Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: <i>«Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</i></p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW- Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p>	
		<p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosser Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen. Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen. Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den MedizinerInnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlassten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

Dr. med. Susanne Harfmann
Zentralstrasse 150
8008 Zürich

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Zürich, 15. Oktober 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten
Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu
verbessern, welches diesem – und damit vorab meinen Patientinnen und Patienten – durch die
vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehe, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: **«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie»**.

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

³ Quelle in Fussnote⁴, Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Ich als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF-Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen. Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Die *Tarifierung* wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betone: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis

auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Ich lehne Art. 46 g. ab

g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche

klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-erkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich

werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.

2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Ordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmtesten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. med. Susanne Harfmann
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

EINGEGANGEN

16. Okt. 2019

Registratur GS EDI

Herr Bundesrat
Alain Berset
Eidgenössisches Departement des Innern
3000 Bern

Bern, 14. Oktober 2019

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31)

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen. Meine Vernehmlassungsantwort finden Sie als zweite Anlage in diesem Mail in Form eines in der Schweizerischen Ärztezeitung am 21. August d. J. publizierten Artikels.

Eine bundesrätliche Strukturvorgabe, die eine enge ärztlich-psychologische Zusammenarbeit garantiert

Zusammenfassend fordere ich den Bund darin auf, bei jedwelcher Änderung in diesem Bereich *zuerst* Versorgungsforschung zu betreiben bzw. in Auftrag zu geben. Und zwar in erster Linie zur aktuellen Lage und Form der Zusammenarbeit eidg. dipl. ÄrztInnen und PsychologInnen. Insbesondere hat diese Forschung die verschiedenen beruflichen Sozialisationen dieser beiden akademi-

schen Professionen abzuklären sowie die Kommunikation über diese verschiedenen akademischen Disziplinen hinweg. Denn mit der *interdisziplinäre Kommunikation* steht und fällt jegliche Kooperation.

Ein Ärztin für den Körper und ein Psychologe für den Geist?

Warum soll nun speziell hier die Kommunikation von zentraler Bedeutung sein? So wie ich es in erwähntem Beitrag darlege, handelt es sich bei der Behandlung von psychischer Störungen erstens um Störungen, die nicht mit dem allgemeinen Konzept der Trennung von Körper und Geist angegangen werden können.¹ Sicher sind einige wenige Teilaspekte von psychischen Störungen mit diesem dualistischen Modell therapeutisch angebar, entweder «rein» biologisch oder «rein» psychologisch (oder «rein» sozial). Diese bilden aber die Ausnahme und insbesondere bei der Gesellschaft belastenden langdauernden (chronischen) und invalidisierenden Störungen genügt dieses wissenschaftliche Modell nicht. Die adäquate Versorgung dieser schwereren Krankheiten sollte dem Bund ein besonderes Anliegen sein. Nur wenn von der absurden Annahme ausgegangen würde, dass Körper und Geist getrennte (Seins-)Kategorien sind, die nichts miteinander zu tun haben, könnte mir nichts dir nichts die Behandlung auf zwei Personen aufgeteilt werden, wie wenn Körper und Geist zwei verschiedene von einander unabhängige Maschinenteile wären. Wenn aber die Behandlung – aus welchen sachlichen, politischen oder anderen Gründen auch immer – auf zwei BehandlerInnen aufgeteilt werden muss, wovon einer für einen Teil der Ursachen und Interventionsmöglichkeiten zu wenig ausgebildet ist, kann nur die Ergänzung mit einer entsprechend ausgebildeten Fachperson korrigierend wirken. Dies Ergänzung bedingt einen *intensiven kommunikativen Austausch*.

Eine oder zwei therapeutischen Beziehungen?

Der zweite Aspekt, der eine engste Kooperation zwischen ÄrztInnen und PsychologInnen verlangt, liegt in der der Natur der therapeutischen Interventionen. Jede Behandlung einer Krankheit erfolgt durch eine mehr oder weniger definiertes Medium, beispiel-

1) Dieser Dualismus hat seine Wurzeln in der 2000-jährigen religiösen Tradition, und findet – in der heutigen Wissenschaft des Lebens – mit dem Dualismus des kartesischen philosophischen *Modells* seine Fortsetzung.

haft sei hier der Operationssaal für den Chirurgen angeführt, ohne den er nicht handlungsfähig ist. Dieses Medium ist bei der Behandlung von psychischen Störungen die *therapeutische Beziehung*, ohne die keine Veränderung psychischer Symptome zu erreichen ist. Über die therapeutische Beziehung zu schreiben würde hier zu weit führen, es seien aber einige wichtige Elemente davon illustrativ hervorgehoben: Das Vertrauen in die Kompetenz der Behandelnden, deren Vertrauen in den Willen zur Veränderung der zu Behandelnden, die Motivation zur Veränderung der Leidenden, deren positive Erwartungshaltung, u.v.m. Beinahe die gesamte Forschung dazu untersucht diese therapeutische Beziehung fokussiert auf die Beziehung zu einer *einzelnen* therapeutisch tätigen Person. Mit der bisherigen delegierten Psychotherapie und noch viel mehr bei einem Verordnungsmodell wird diese *therapeutische Beziehung auf zwei Therapeuten aufgeteilt*. Es wird also davon ausgegangen, dass die therapeutische Beziehung problemlos aufgeteilt werden kann, oder, anders herum, dass zwei Teilbeziehungen gleichzusetzen sind mit der ursprünglichen therapeutischen Beziehung, wo die zu behandelnden Personen alle therapeutischen Interventionen aus einer Hand erhalten. Dies kann selbstverständlich nicht zutreffen: Die therapeutische Beziehung wird verdoppelt, es gibt zwei Behandler.

Wenn wir aber wieder auf die allgemeinen Wirkfaktoren in der Behandlung psychischer Störungen zurückkommen, dann sehen wir, dass bei zwei solchen involvierten Behandler die Patienten verschieden reagieren und motiviert sein werden. Es kann gut sein, dass eine Behandlerin dem Patienten sympathisch ist, der andere Behandler aber nicht, Da spielt es nun eine Rolle, wer der Psychologe ist und wer die Ärztin. Je nach Sympathie für die Behandler und Motivationslage der Patienten wird die (verordnete) Psychotherapie und z. B. die medikamentöse Therapie für die Patienten verschiedene Bedeutungen haben, was offensichtlich einen Einfluss auf die Wirkung haben wird: *Sowohl das Medikament wie auch die Gesprächstherapie wirken je nach therapeutischer Beziehung besser oder schlechter*, wie aus umfangreicher Forschung dazu bekannt ist.

Nur bei engster Kooperation!

Es ist nicht davon auszugehen, dass diese Schwierigkeiten bei der Aufteilung der Behandlung einer psychischer Störung dieselbe Aufteilung unmöglich macht. Sie wird aber doch sehr erschwert.

Und es scheint offensichtlich, dass nur ein *regelmässiger und intensiver Austausch der Behandler diese Erschwernis etwas kompensieren* kann. Aus meiner jahrelangen Erfahrung als die Psychotherapie an PsychologInnen delegierender Facharzt weiss ich, dass das oft gut klappt, aber auch nicht immer: Es gibt Behandlungen, die wegen der Delegation der Psychotherapie abgebrochen werden müssen. Es gibt andererseits auch Behandlungen, die erst durch die Delegation möglich werden. Die Herausarbeitung einer hier adäquaten (generellen) Indikationsstellung übersteigt die Möglichkeiten einer Privatpraxis wie der hiesigen, würde aber durch die erwähnte *bundesrätlich geförderte Versorgungsforschung* sicher unterstützt, und macht sie umso dringender. Diese Unterstützung wäre im Rahmen eines postulierten Versorgungsdefizit sicher angebracht.

Wo wird kooperiert?

Das bisherige Modell der delegierten Psychotherapie hat einerseits eine *enge Kooperation gefördert*, indem beide unter dem gleichem Dach arbeiten und sich wohl öfters sehen und treffen und kommunizieren können. Auch die Bedingung der Anstellung fördert diesen Aspekt.² In meinem Beitrag für die Schweizerische Ärztezeitung gehe ich ebenfalls auf die Defizite des Modells der delegierten Psychotherapie ein: Sie haben ihren Ursprung in erster Linie darin, dass delegierende Ärzte ihre *Aufsichtsfunktion nicht wahrnehmen*. Und dass die tarifarischen Bedingungen der delegierten Psychotherapie schlichtweg umgangen werden: So ist es nicht selten, dass die Praxis eines psychologischen Psychotherapeuten als «Filialpraxis» des delegierenden Arztes deklariert wird, obwohl dieser dort nie die Räume betritt, geschweige denn Patienten behandelt.

Diese Umgehungen des Tarifbedingungen führen zum einem mehr oder weniger kompletten Stillstand der Kommunikation zwischen delegierendem Arzt und ausführendem Psychologen und sollte strafrechtlich verfolgt werden, anstatt sie mit einer Lockerung oder de facto Aufhebung der Kooperationspflicht Psychologin/Ärztin zu fördern.

Denn das neue Modell verringert in massiver Weise die Möglichkeiten des direkten Austausches zwischen AnordnerIn und Aus-

2) Es ist im Übrigen in diesem Zusammenhang unverständlich, dass der Bundesrat in seiner ärztlichen Tarifrevision auf Januar 2018 die Fakturierung der Arbeit der delegierten Psychotherapeuten in regelmässigen Rapporten gestrichen hat.

führerIn. Schriftliche Berichte können in diesem Fachgebiet niemals den direkten Austausch ersetzen. Hier geht es nicht um einfach zu übermittelnde Laborwerte. Es ist sogar so, dass häufig erst im Austausch Lösungen erarbeitet werden können. Die therapeutische Arbeit in der therapeutischen Beziehung ist in erster Linie eine *emotionale Arbeit* (siehe Fachliteratur), und die daraus gewonnen Erkenntnissen sind nicht wie Fakten auf einem Blatt Papier, sondern nur im Dialog zu vermitteln. Diese Erkenntnisse braucht sowohl der verordnende Arzt für seine Beurteilung der Somatogenität und Medikamentenindikation, wie auch die Psychologin für ihre nichtphysikalischen Interventionsentscheide. Dieser Aspekt ist zentral, denn diese Art Zusammenarbeit führt mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer höheren Ergebnisqualität (wenn auch manchmal ebenfalls zu höheren Fallkosten...).

Wie der Bundesrat sehr genau weiss, und das ist nun eine gesellschaftspolitische und keine fachliche Aussage, geht es den Psychologenverbänden entgegen ihren Lippenbekenntnissen nicht in erster Linie darum, die mangelnde Versorgung psychischer Störungen zu bekämpfen, sondern darum, ihre berufliche Autonomie, ihre Unabhängigkeit von der medizinischen Versorgung und ihren Zugang zu Ressourcen zu sichern. Und damit eben gerade *die Kommunikation mit ärztlichen Fachpersonen überflüssig zu machen*. Die Lockerung der reglementarischen Zusammenarbeitspflichten durch diese Revision der KLV wird unweigerlich zu einer Zementierung der jetzt noch strafrechtlich relevanten Missachtung der tarifarischen Vorgaben für die delegierte Psychotherapie führen. Gegen diese Lockerung spricht die *Natur der psychischen Störungen als den ganzen Menschen* betreffende Störungen. Welche Natur dieser Störungen ihrerseits gegen die von Seiten der PsychologInnenverbänden postulierten gesellschafts- oder standespolitische Veränderungen sprechen. Dass standespolitischen Betrachtungen im Entwurf des Bundesrates überhand genommen haben, liegt wohl an der einseitigen Zusammenarbeit mit den Psychologenverbänden. Deswegen ist vor einer weiteren Planung unbedingt der wissenschaftlichen Sichtweise (das ist die *objektive Erarbeitung von Erkenntnissen*) mehr Beachtung zu schenken. Politisch gehört selbstverständlich die Anhörung der ärztlichen Fachverbände auch dazu.

Weiterbildung zur psychologischen Psychotherapie

Ein Aspekt, der vom Bundesrat offenbar nicht berücksichtigt wurde, ist die bisherige zentrale Funktion der delegierenden fachärztlichen Praxen in der Aus- bzw. Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeuten. Durch die berufliche Sozialisation ausserhalb der medizinisch-akademischen Tradition und nur zum kleineren Teil in medizinischen Institutionen fehlen den klinisch-psychologisch Ausgebildeten weitgehend Kenntnisse im korrekten diagnostischen Vorgehen. Durch den Fokus ihrer Weiterbildung auf die Ausübung der Therapie entsteht ein Defizit im Vorgehen bei der Erarbeitung eines Behandlungsplanes, der zu einer Verwechslung von Vorgeschichte, Untersuchung, Beurteilung und Prozedere führt. Dieses Vorgehen wird nicht selten erst *im Rahmen der Kooperation mit dem delegierenden Facharzt erlernt* (die Anstellung von psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung ist den Fachärzten vorbehalten). Bei geschätzt 50% der Anstellung von psychologischen Psychotherapeuten in der hiesigen Praxis handelt es sich um Psychologen in Weiterbildung (für welchen Abschluss nach Tarif fünf Jahre zugestanden werden). Die Streichung der delegierten Psychotherapie lässt ein grosses Defizit an Weiterbildungsstellen für psychologische Psychotherapeuten erwarten.

Sicherlich werden diese Weiterbildungsstellen nicht ersetzt werden können durch «Institutionen der psychosozialen Versorgung». Diese werden gerade die Defizite in der Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten in Bezug auf Kommunikationsfähigkeiten mit der *anordnenden* Medizinperson verstärken.

Die Aussicht, dass wohl Dutzende, wenn nicht gar hunderte von psychologische PsychotherapeutInnen in Weiterbildung durch die Besitzstandswahrung den Fachpsychologen für Psychotherapie vorordnungsmässig und tarifarisch gleichgestellt werden, lässt eine massive fachliche Überforderung derselben und eine drastisch erhöhtes Risiko von Fehlbehandlungen erwarten. Keinesfalls könnte ich es fachlich verantworten, Psychotherapien bei diesen Psychotherapeuten in Ausbildung anzuordnen.

Parallele Weiterführung

Sollte der Bundesrat entgegen meiner Empfehlung auf den Ersatz des Modells der delegierten Psychotherapie durch die angeordnete Psychotherapie bestehen, so schlage ich vor, die delegierte Psy-

chotherapie als tarifarisches Konstrukt zu belassen. Es ist nicht einzusehen, warum nicht zwei parallele Tarifmodelle nebeneinander Platz haben sollten: Eines für angestellte und über den Arbeitgeber den ambulanten Tarif abrechnende Psychologen, ein anderes für selbstständige Psychologen. Diese Unterscheidung findet sich schon jetzt je nach Anstellungsort des Psychologen (Spital- oder Praxis), und ist bei Ärzten gang und gäbe. Die Tarife würden sich in erster Linie in der technischen Tarifkomponente unterscheiden. Ein positiver Nebeneffekt wäre bei unterschiedlicher Tarifierung pro Leistung der Konkurrenzaspekt und damit die vermehrte Einführung ökonomischer Prinzipien in der Gesundheitsversorgung: Definiert sich die Leistung für die zu Behandelnden über den Preis, oder über das Qualitätskriterium der engen Zusammenarbeit der Ko-Therapeuten Ärztin und Psychologin?

Ein weiteres gewichtiges Argument für die Beibehaltung der delegierten Psychotherapie ist der Umstand, dass nicht wenige delegiert arbeitende Psychologen mit diesem Modell zufrieden sind und keine Änderung wünschen. Einige davon möchten zumindest am Beginn ihrer Karriere eine enge Kooperation mit Fachärzten nicht missen.

Übergangsfrist

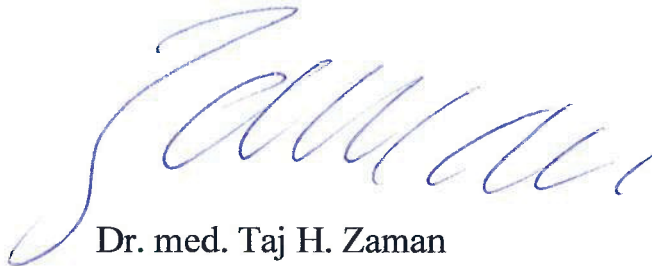
Kann der Bundesrat auch dieser Empfehlung nicht folgen, so schlage ich eine möglichst lange Übergangsfrist vor, die mindestens fünf Jahre betragen muss, damit die Psychologen in Weiterbildung Gelegenheit haben, diese abzuschliessen. Denn es ist für mich ausgeschlossen, weil berufsethisch absolut nicht vertretbar, Behandlungen bei einer Psychologin mit einem Jahr Erfahrung als delegierte Psychotherapeutin und ohne Weiterbildungstitel, die nun aufgrund der Besitzstandgarantie selbstständig in eigener Praxis arbeitet, anzuordnen. Nach dem Modell des Bundesrates bliebe die ökonomische Verantwortung («verursachte Kosten»), und wohl auch die fachliche (Indikationsqualität!) bei der anordnenden Ärztin – ein intolerabler Zustand.

Rationierung

Was die verschärfte Limitierung der Dauer einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Sitzung angeht, so muss ich diese in aller Form zurückweisen. Sie ist in gar keiner Weise fachlich oder

durch die Sache gerechtfertigt. Sollte ein Leistungserbringer durch hohe verursachte Behandlungskosten auffallen, so kann die Krankenkasse ihn kontrollieren und gegebenenfalls die Übernahme der Behandlungskosten oder eines Teiles davon verweigern. Wie Sie wissen, werden insbesondere überdurchschnittlich kostenverursachende Behandlungen psychischer Störungen regelmässig und unabhängig von der KLV einer WZW-Prüfung unterzogen, und zwar aufgrund des KVG ohne dass eine bestimmte Tarifposition schon im Tarif selbst limitiert ist. Es ist intolerabel, dass eine solche Rationierung durch die Hintertür in einem Tarif festgelegt ist, und dass diese gemäss Bundesamt für Justiz rechtlich nicht statthafte Rationierung nun noch sogar verschärft wird. Ich fordere Sie auf, sehr geehrter Herr Bundesrat, der Empfehlung des Bundesamtes für Justiz zu folgen.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. med. Taj H. Zaman

Zur klinischen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychologen in der ambulanten Praxis (Erwachsenenmedizin)

Ganzheitlicher Ansatz darf nicht verloren gehen

Taj H. Zaman

Dr. med. Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie

Um die Komplexität etwas zu reduzieren: Die Heilkunst ist heute biopsychosozial. Das gilt umso mehr für die psychischen Störungen. Das Studium der klinischen Psychologie ist nicht biopsychosozial. Die dortigen biologischen Inhalte sind illustrativer Natur. Nicht nur fehlen die Disziplinen, die zur Befähigung der Medikamentenverschreibung notwendig sind, es fehlen insbesondere die Kenntnisse, die zur Befähigung der psychischen und somatischen, aber eben auch der somatischen und psychischen Differentialdiagnose notwendig sind.

Eine biomedizinische Beurteilung ist nicht nur am Anfang der Behandlung, sondern auch in deren Verlauf von eminenter Bedeutung: Es braucht heute nicht nur initial eine biopsychosoziale Untersuchung zum Aus-

schluss von organischen Ursachen und Einflüssen auf die psychische Symptomatik, auch im Behandlungsverlauf wirken ständig biologische Faktoren auf den psychischen Zustand ein, die der geisteswissenschaftlich-psychologisch ausgebildete Psychotherapeut nicht wird erkennen können:

Liegt eine neu aufgetretene Erkrankung vor wie z.B. eine subklinische Infektion mit einzig psychischen Auswirkungen, eine neue somatische Medikation mit möglichem Einfluss auf die psychischen Funktionen, eine Fluktuation im Verlauf einer chronischen somatischen Erkrankung, gar einer solchen mit schwieriger Zuweisung der Symptomatik zum somatischen oder psychischen Bereich – in all diesen Situationen braucht es nicht nur integrative biopsychosoziale Kenntnisse zur gesundheitlichen Beurteilung, sondern auch viel Erfahrung. Und doch bleibt dies mit einem grossen Unsicherheitsfaktor behaftet. Da ist die Medizin trotz aller technisch-biologischen und technisch-psychologischen (Psychotherapie-«Manual») Fortschritte reine Kunst.

Ein weiteres Problem bilden schwer beeinträchtigte Patienten, die sich ohne wochen- bis monatelange Beziehungsarbeit (Motivation zum Eingehen einer Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung, welche das Medium der Behandlung psychischer Störungen ist) nicht auf eine therapeutische Beziehung einlassen können und damit oft eine indizierte Medikation ablehnen. Findet nun diese intensive Beziehungsarbeit bei einem psychologischen Psychotherapeuten statt, so ist es häufig nicht mehr möglich, diese Therapie mit indizierter Medikation zu ergänzen, welche Medikation hingegen bei Durchführung der erwähnten Beziehungsarbeit durch

Résumé

La coopération clinique entre médecins et psychologues dans les soins ambulatoires en cabinet – l'importance d'une approche globale

Guérir est une activité biopsychosociale. Les programmes des facultés de médecine sont proposés dans ce sens. L'étude de la psychologie clinique repose, elle, sur une autre tradition sociétale/académique, plus axée sur la compréhension théorique que sur l'atténuation de la souffrance. Dans ce contexte, non seulement la psychologie développe des concepts somatiques trop rudimentaires, mais surtout elle manque d'outils pour comprendre les interactions entre les différents domaines de la santé.

L'activité médicale passe par la relation thérapeutique, notamment dans les troubles psychiques. Cette relation est unique et dépend fortement des personnes. Si elle doit être partagée, cela exige une intense coopération entre les thérapeutes des domaines médicaux et psychologiques.

Ce délicat partage est souvent évité. Les médecins déléguants, notamment, négligent leur mission et ne voient jamais les patients délégués. Cela aboutit à des erreurs de traitement et entraîne des erreurs médicales.

Si les conditions professionnelles, sociologiques, sociétales et politiques exigent la répartition du traitement entre plusieurs praticiens, mais que dans la réalité ce partage est en grande partie mal géré, les organes étatiques responsables doivent mettre en place une structure qui garantisse le critère de qualité d'une étroite coopération entre les professions. Autrement l'erreur médicale sera institutionnalisée.

En cas d'excédent de demandes, l'augmentation des prestataires ne permettra pas de faire des économies.

einen Facharzt für Psychotherapie (und Psychiatrie) eine logische Ergänzung der Behandlung sein wird.

Zwei grundlegend verschiedene Berufsfelder

Trotz all dieser Schwierigkeiten für Interventionen im therapeutischen Medium «Beziehung» delegiere ich seit vielen Jahren die ärztliche Psychotherapie teils an Fachpsychologen, teils an Psychologen in Weiterbildung (letztere findet nicht unter meiner Verantwortung statt). Dies ist eine hervorragende Gelegenheit, um zu beobachten, was geschieht, wenn die Behandlung auf zwei Behandler aufgeteilt wird, denn trennen lassen sich die psychosozialen und die biologischen Interventionen nie vollständig – ganz im Sinne biopsychosozialer Logik. In diesem «Berufsfeldlabor» fehlt leider die Möglichkeit der Forschung nach anerkannter soziologischer Methodik. Hier geht es auch ums Verständnis des multiprofessionellen Arbeitens. Dazu gehört die Definition einer gemeinsamen Fachsprache, was je nach mitgebrachten Voraussetzungen sehr schwierig sein kann (Kenntnisse der Psychopathologie, Trennung von Untersuchung, Beurteilung und Intervention) trotz formal universitärer Ausbildung in Psychopathologie. Meist gelingt mit der Zeit die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache,

Es geht ums Verständnis des multiprofessionellen Arbeitens. Dazu gehört die Definition einer gemeinsamen Fachsprache.

es bleibt aber immer ein Unsicherheitsfaktor, der im Verlauf der Behandlung durch intensives Zusammenarbeiten weitgehend ausgeräumt werden kann. Erst diese intensive Zusammenarbeit macht die Trennung der «Integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung» (Facharztcurriculum) in einen fachpsychologischen und einen fachärztlichen Teil möglich. Wöchentlich und bei speziellen Situationen häufiger werden Patienten besprochen und die weitere Behandlung geplant. Dabei bleibt die Psychotherapie immer delegiert, gegebenenfalls muss der psychologische Psychotherapeut in der eigenen Intervention oder Supervision schwierige Situationen klären. Der allgemeine Teil der Psychotherapie hingegen wird gegenseitig abgesprochen. Diese allgemeine Psychotherapie umfasst vorwiegend die strukturellen Voraussetzungen inkl. der Behandlung durch zwei Fachpersonen, dann die Diagnostik (welche in unserem Fach immer hinterfragt und teils revidiert werden muss), aber auch grundlegende Aspekte des Settings und der Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Über die Pharmakotherapie ist der Psychologe immer informiert (wie auch andere, z.B. der Apotheker, der das Rezept ausführt).

Manchmal werden zur Klärung der psychopharmakologischen Indikation die psychopathologischen Erkenntnisse und psychotherapeutischen Interventionen aus der delegierten Psychotherapie herangezogen und auf diese abgestimmt. Einerseits ist die Verordnung eines Medikamentes nie eine rein technische Angelegenheit; der Verordner ist kein Medikamentenspender. Andererseits beherbergt jede psychopharmakologische Intervention auch Anteile einer psychosozialen Intervention, die psychotherapeutisch ausgerichtet ist bzw. sein muss (z.B. gezielter Einsatz des Placeboeffekts). Hier erneut ist der Austausch zwischen den beiden Fachleuten von zentraler Bedeutung [1].

Unbefriedigende Realität

Die Delegationen von Psychotherapie werden aber real auch anders gehandhabt: Der delegierende Arzt sieht den Patienten nie, delegiert also die ganze Behandlung dem Psychologen. Oder der Arzt sieht den Patienten einmal, verordnet ein Medikament und erneuert das Rezept jährlich ohne eine weitere Konsultation. Oder der Patient konsultiert den Arzt erst, wenn der Psychologe ihn dazu drängt. Wie der Psychologe die Indikation für eine Medikation stellt, bleibt unklar. Häufig ist dies der Fall, wenn die alleinige Psychotherapie nicht die erwünschten Resultate ergibt. Wir wissen als Ärzte natürlich, dass dies keine gute Indikation sein kann. Nicht selten bleibt der Patient über lange Zeit unterdosiert: in der Behandlung psychischer Störungen einer der häufigsten Kunstfehler. Denn eine Unterdosierung bringt meist Schaden. Dies können unmittelbare metabolische Auswirkungen sein, aber auch die Medikamentenresistenz kann so gefördert werden: Die Teilwirksamkeit wird zu einer Restwirksamkeit und verschwindet.

Diese Fehler der Behandlung können durch eine intensive, multiprofessionelle Zusammenarbeit Arzt–Psychologe vermieden werden. Nur dieses multiprofessionelle Vorgehen kann die geforderte Ergebnisqualität garantieren. Ich gehe davon aus, dass dies die Absicht des Staates war, als er die delegierte Psychotherapie einführte: ärztlich angestellt und in der ärztlichen Praxis arbeitend. Es ging kaum um den Schutz des ärztlichen Berufsstandes. Leider wurden in der Praxis diese Bedingungen schnell umgangen. Die Anstellung wird als Mandatserteilung verstanden, oder die Praxis des Psychologen wird als ärztliche Filialpraxis deklariert. Nicht nur in diesen Fällen ist die Behandlung zur Gänze delegiert: Der Arzt weiss nichts von der Behandlung, und erhält auch keinen Bericht vom behandelnden Psychologen. Und dies, obwohl die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) schon vor bald zehn Jahren die Delegation der ganzen Behandlung

ausdrücklich ausgeschlossen hat [2]: Wie kann ein Arzt die Verantwortung für die Behandlung eines Patienten übernehmen, den er nicht gesehen hat? Auch dem Rechtsdienst der FMH ist sich die Sache dubios.

Ein delegierender Arzt (auch wenn er den «Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie» besitzt) addiert zu einem psychologischen Psychotherapeuten ergibt eben noch lange keine integrative biopsychosoziale Behandlung – die wäre nur durch eine enge multiprofessionelle Einstellung möglich.

Gerade eine solche biopsychosoziale Behandlung ist der Hausarztmedizin wichtig. Es wird dort, und auch in anderen Spezialitäten, eine mangelnde Berücksichtigung der psychosozialen Determinanten der Gesundheit geortet. Deswegen wird nachvollziehbar, wenn der mfe («Haus- und Kinderärzte Schweiz») und andere ärztliche Vereinigungen die psychologischen Aspekte im Gesundheitswesen fördern wollen. Leider genügt es dazu nicht, die Psychologen in ihrem Bestreben, am Gesundheitskuchen zu partizipieren, zu unterstützen. Die Integration des Psychosozialen in die Hausarzt- (und andere) Medizin kann nicht gelingen, indem die Verantwortung für die psychosozialen Determinanten der Gesundheit an eine weitere, nicht ärztliche Profession übergeben wird. Im Gegenteil: Die Lockerung der gesetzlichen Bindung Arzt–Psychologe wird selbstverständlich zu einer weiteren Zementierung des biopsychischen Dualismus führen und die ursprüngliche Idee der Ergänzung wird zum Fortschreiten der Trennung führen. Psychologen sind von ihrer Ausgangsmotivation und von ihrer beruflichen Sozialisation her Spezialisten für die Psyche. Ihre Erfahrung beinhaltet keine intensive, höchstens eine theoretische Beschäftigung mit dem physischen Körper. Und sie spüren dieses Defizit, zumindest im akademischen Bereich, wo zunehmend reduktionistische biologische Konzepte zur Erklärung intrapsychischer oder interaktioneller Phänomene herangezogen werden. So werden mit der Zeit Fachspezialisten für das «Organ Psyche» entstehen mit Teilkenntnissen über die neuronale Funktion bspw., die – nach dem biomedizinischen Modell konzipiert und zu anderen Fachspezialisten addiert – die Illusion der Ganzheitlichkeit zu erwecken versuchen werden.

Wie soll es weitergehen?

Die Verantwortung der staatlichen Institutionen kann nicht darin bestehen, die Umgehung des bisherigen Systems einer engen Zusammenarbeit Psychologe–Arzt durch ein Anordnungsmodell zu zementieren.

Die Verantwortung der staatlichen Institutionen besteht darin, eine soziopolitische Struktur zu schaffen, die dem Qualitätsbedürfnis und Qualitätskriterium der

«engsten multiprofessionellen Zusammenarbeit» entgegenkommt und diese garantiert. Da genügt die Pflicht zu häufigen schriftlichen Berichten nicht. Es muss mit Bezug auf die Behandlungsqualität analysiert werden, wo sich die delegierte Psychotherapie bewährt hat und wie sie verbessert werden kann, jenseits berufspolitischer Forderungen. Der Bundesrat soll die jetzige Situation nutzen, um die Versorgungsforschung voranzutreiben. Die Situation in Deutschland zeigt unerwünschte Wirkungen, die wahrscheinlicher werden, wenn nicht von der Sache (Behandlung von psychischen Störungen) ausgegangen wird. Auch in der Schweiz sind unerwünschte Wirkungen ähnlich wie in Deutschland denkbar, wenn nicht von der Sache (Behandlung von psychischen Störungen) ausgegangen wird.

Die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) verlangt eine totale Autonomie und will lediglich eine ärztliche Verordnung akzeptieren, weil eine direkte Behandlung politisch noch nicht durchsetzbar sei [3]. Die ökonomische Verantwortung will sie aber der Ärzteschaft überlassen [4]. *santésuisse* wird aber die Rückforderung nach den veranlassenden, sprich verordneten (psychotherapeutischen) Kosten richten.

Fragliche Argumentation

Auch die FSP weiss, dass «ambulant vor stationär» nicht automatisch Kosten spart. Das kann dort nicht zutreffen, wo ein Nachfrageüberhang besteht. Und gerade dieser Überhang dient ihm als Rechtfertigung für den Zugang zu der obligatorischen Krankenpflege.

Auch der Vorwurf des «bequemen Mitverdienens der Psychiater» [5] ist fehl am Platz: Im aktuellen Tarif rechnet sich die delegierte Psychotherapie betriebswirtschaftlich niemals: Es können im besten Fall, d.h. bei einer langjährigen Anstellung eines fachlich und in der Zusammenarbeit mit Ärzten erfahrenen Fachpsychologen, die laufenden Kosten gedeckt werden. Abgeschrieben werden müssen jedoch die Investitions- und Anstellungskosten. Aber dieser Vorwurf erstaunt kaum aus dem Munde zweier Psychologen, die die enge Zusammenarbeit mit der Ärzten als «absurd» [6] oder im YouTube-Video des Psychologenverbandes FSP als «diskriminierend» und «unwürdig» bezeichnen [7].

Literatur

- 1 Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice 2016, Vol. 3, No. 2.
- 2 Zitiert in <https://www.vertrauensaeerzte.ch/expertcom/psyamb.html>
- 3 Homepage der FSP.
- 4 Yvik Adler, Stephan Wenger, Co-Präsidenten FSP, SÄZ 2019;100(21): 722.
- 5 Schweiz Ärztezg. 2019;100(19):646-647.
- 6 Stephan Wenger, FSP, «Tribune de Genève», 17.11.18.
- 7 https://www.youtube.com/watch?v=dH_mseUOXc0&feature=youtu.be&t=145

Korrespondenz:
Dr. med. Taj H. Zaman
Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie
Sidlerstrasse 4
CH-3012 Bern
tzaman[at]hin.ch

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. univ. Tania Urso / Praxis Dreiraum

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Amthausgasse 3, 3011 Bern

Kontaktperson : Dr. med. univ. Tania Urso

Telefon : +41 77 520 96 85

E-Mail : psy@praxis-dreiraum.ch

Datum : 15. September 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17. Oktober an folgende E-Mail-Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Dr. med. univ. Tania Urso	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Dr. med. univ. Tania Urso lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Ordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<p>quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. ○ Dr. med. univ. Tania Urso als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen
--	--

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen. • Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p>
	<p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität). 3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found.	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i> 	<p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>
				<p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	
				<p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art.50</p>	<p>Abs.1</p>	<p>c</p>	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Veränderungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p>	
Error! Reference			II	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

source not found.			<p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i> 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen. 2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p>	
	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen			
	<p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute</p>			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.	
Error! Reference source not found.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Dr. med. univ. Tania Urso	2,3,11	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.
		<p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): <i>«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».</i> Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: <i>«Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</i></p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW- Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p>	
		<p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosser Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen. Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen. Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.</p> <p>Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV.....	Invalidenversicherung
KLV.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	Medizinaltarifkommission
MV	Militärversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC.....	Swiss Mental Health Care
SUVA.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen.....	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung.....	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern.....	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen.....	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz.....	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen.....	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten.....	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen.....	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz.....	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz.....	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen.....	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?.....	11
2.3	Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle.....	11
2.3.2	Fehlreize und Risikoselektion.....	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland.....	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung.....	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten.....	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten.....	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten.....	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet.....	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie.....	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis.....	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention.....	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife.....	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten.....	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand.....	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulant psychiatrischen Institutionen.....	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten.....	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen.....	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED.....	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung.....	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner.....	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB.....	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMCH) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

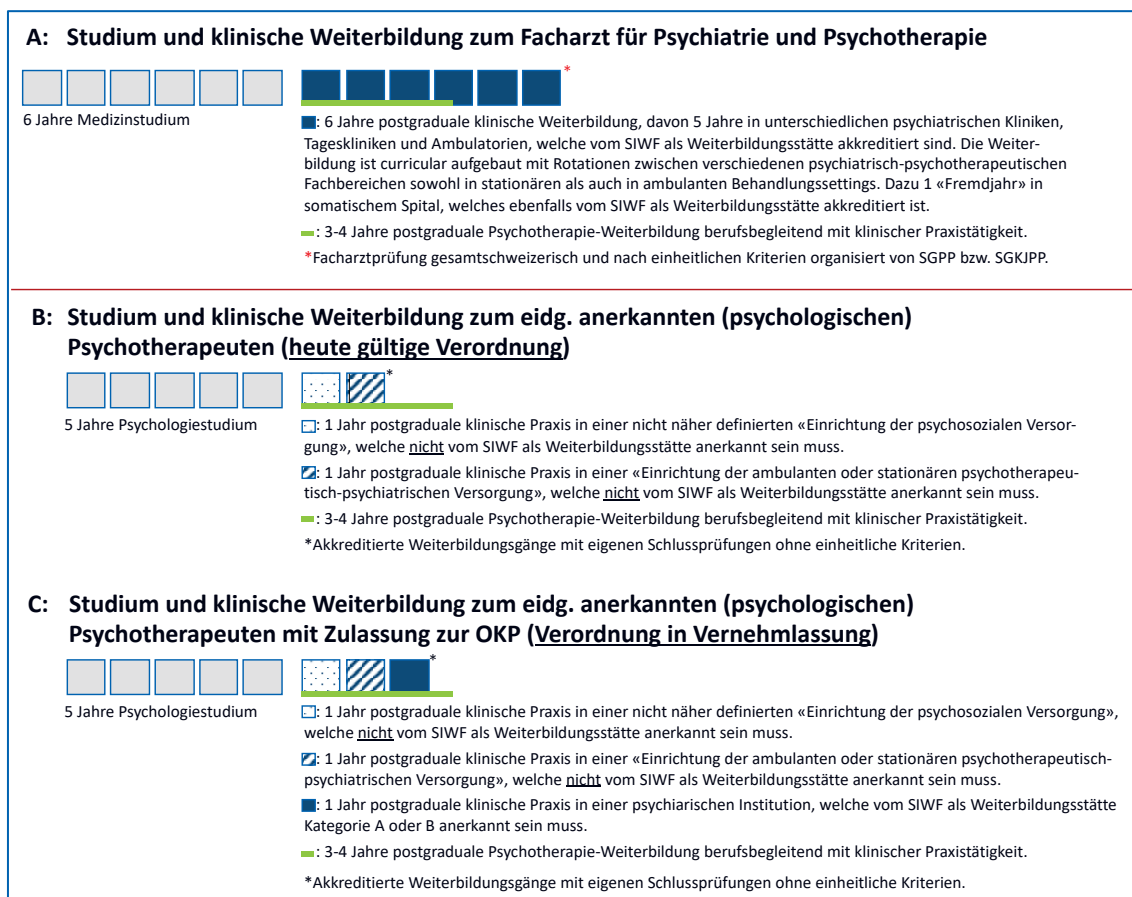


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11.2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

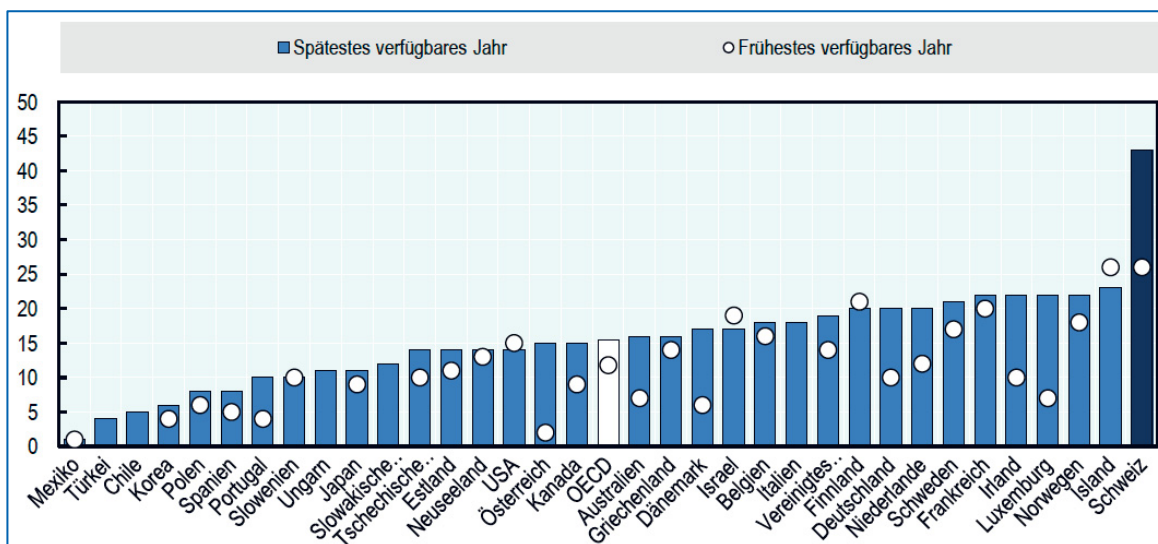


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.



Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärzttestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerzttestatistik/fmh-aerzttestatistik.cfm#1131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

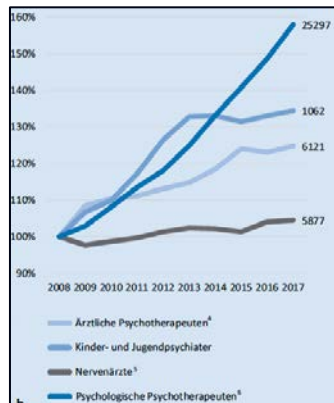


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

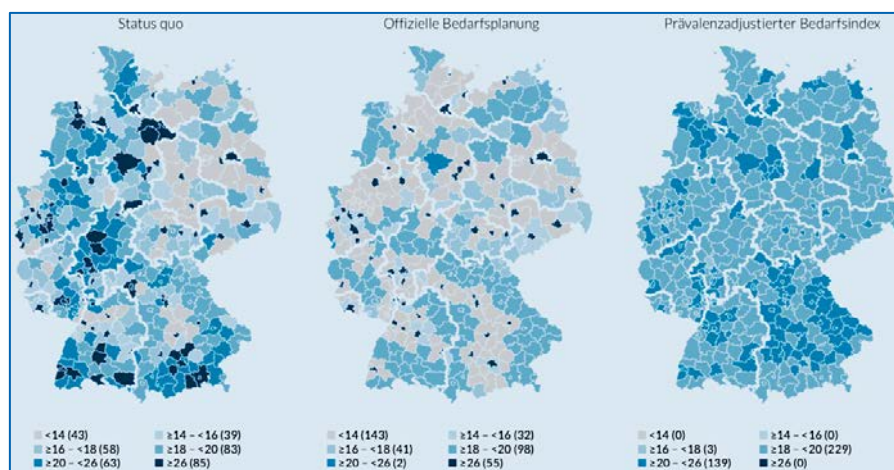


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermaßen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedarf orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharztstiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

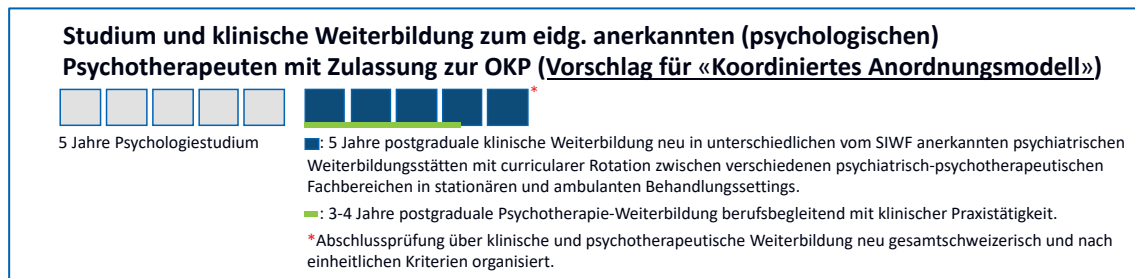


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

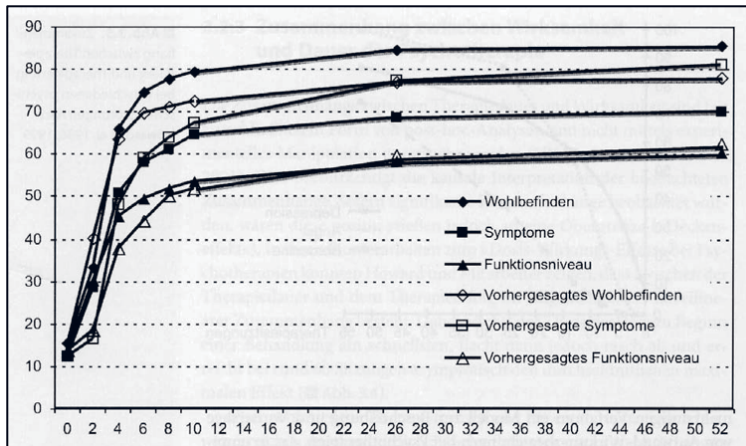


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsystem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsystem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutische Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

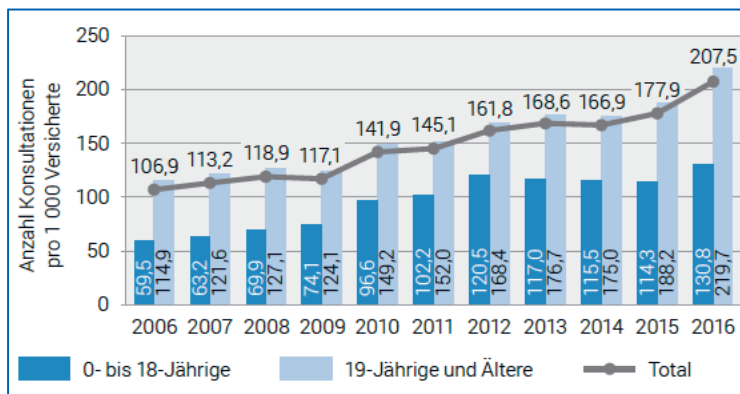


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Ordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. phil. Theresa Tondorf

Abkürzung der Firma / Organisation : Privatperson, Psychologin, Psychotherapeutin in Weiterbildung

Adresse : Sonneggstrasse 77, 8006 Zürich

Kontaktperson : Dr. phil. Theresa Tondorf

Telefon : +41797687721

E-Mail : theresa.tondorf@ksb.ch

Datum : 18.09.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@baq.admin.ch ; gever@baq.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
T. Tondorf	Die Ablösung des als Übergangsregelung gedachte Delegationsmodell durch das Anordnungsmodell ist dringend notwendig und wird daher sehr begrüsst.
T. Tondorf	Inakzeptabel ist das vorgeschlagene zusätzliche klinische Jahr nach Abschluss der Weiterbildung, denn die qualitativ hochwertige Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten und -therapeutinnen wurde bereits durch das Psychologieberufegesetz (PsyG) national vereinheitlicht und ein hoher Aus- und Weiterbildungsstandard gesetzt.
T. Tondorf	Zu begrüssen ist, dass mit der Neuregelung die Hürde zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch die Niederschwelligkeit des Angebotes (z.B. über den Hausarzt oder die Gynäkologin) reduziert wird und damit gesamtgesellschaftliche Kosten (z.B. Arbeitsausfälle, Funktionsunfähigkeit im familiären Alltag) eingespart werden können.
T. Tondorf	Zu beachten ist, dass Psychotherapeutinnen und -therapeutin in Weiterbildung weiterhin unter Delegation eines anordnen Arztes oder Ärztin in ambulanten Praxen arbeiten dürfen sollen, damit die Breite und Niederschwelligkeit ambulanter Versorgung nicht noch weiter geschwächt wird und ausreichend Weiterbildungsplätze zur Verfügung stehen.
T. Tondorf	Bei der Evaluation von Psychotherapie ist Vorsicht geboten, da wissenschaftlich noch nicht hinreichend erforscht ist, wie Psychotherapie wirkt. Neben der quantitativen Messung von Ergebnisfaktoren von Psychotherapie (u.a. Symptomlast) sollten qualitative Aussagen von Patientinnen/ Patienten gleichwertig in die Beurteilung von Therapieverläufen einbezogen werden.
T. Tondorf	Zu beachten ist, dass durch die Reduktion auf durchschnittlich 30 Sitzungen nicht dem Schweregrad der psychischen Erkrankung Rechnung getragen und die Behandlung dieser eher unterversorgten Gruppe weiter unattraktiv gemacht wird.
T. Tondorf	Zu bedenken ist, dass nicht nur die Neudiagnose, sondern auch das Wiederauftreten und Fortschreiten einer somatischen Erkrankung bei Patientinnen und Patienten zu Krisensituationen führen kann und eine Krisenintervention notwendig machen kann.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
T. Tondorf	50c	1	c.	<p>In der Neuregelung wird argumentiert, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung notwendig sei für die Ausübung einer qualifizierten psychotherapeutischen Tätigkeit. Ich begrüsse es sehr, dass eine qualitativ hochstehende psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung gefordert wird, um eine qualitativ hochstehende psychotherapeutische Behandlung zu gewährleisten. Allerdings wurde die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten und -therapeutinnen bereits durch die Einführung des Psychologieberufegesetz (PsyG) am 1.4.2013 auf hohem Niveau verankert. Es mutet an, dass die Neuregelung sich nach den ärztlichen Kriterien für den «Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie» richtet. Einerseits wird also gefordert, dass psychologische Weiterbildungsstandards den ärztlichen Weiterbildungsstandards entsprechen, weiterhin jedoch unter Anordnung eines ärztlichen Kollegen/ einer ärztlichen Kollegin arbeiten. Psychotherapeuten und -therapeutinnen, haben im Rahmen ihres 5-jährigen Hochschulabschlusses Psychopathologie studiert und sind durch ihre 4-jährige berufsbegleitende psychotherapeutische Weiterbildung geschult, psychische Störungsbilder zu diagnostizieren, gemäss ICD-10 einzuordnen und entsprechende psychotherapeutische Ansätze bei einem breiten Spektrum von Störungsbildern anzuwenden. Zudem gibt es kaum Stellen im ambulanten, intermediären und stationären Bereich, die nicht interdisziplinär ausgerichtet sind. Falls eine Lücke in der Qualität der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung festgestellt wird, sollte dies im Rahmen des</p>	<p>Daher wird gefordert, Art. 50c Abs. 1 Bst. c zu streichen.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				Psychologieberufegesetzes (PsyG) geregelt werden.	
T. Tondorf	50c	3		<p>Das Anordnungsmodell regelt die psychologische Psychotherapie bei Psychotherapeuten und -therapeutinnen mit einem eidgenössischen Fachtitel in Psychotherapie, also nach Abschluss der Weiterbildung. Was dabei verloren geht, ist die Regelung der psychologischen Psychotherapie bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten während ihrer 4-jährigen berufsbegleitenden Weiterbildung. Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Weiterbildung konnten bislang nicht nur in stationären Institutionen, sondern ebenfalls in ambulanten Praxen in Delegation arbeiten. Diese Personen würden mit Inkrafttreten der Neuregelung ihre Stelle verlieren und müssten sich eine Stelle in einer Institution suchen, die jedoch bereits heute rar sind. Beispielsweise sind in meiner fortgeschrittenen Weiterbildungsgruppe momentan 50% (4/8) der Weiterbildungskandidaten und -kandidatinnen in ambulanten Einzelpraxen tätig (nicht im stationären, intermediären und ambulanten institutionellen Setting). Die Neuregelung scheint sich erneut nach den ärztlichen Kriterien für den «Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie» zu richten. Allerdings gibt es zwischen ärztlicher und psychologischer Weiterbildung einen entscheidenden Unterschied. Im Gegensatz zur rein institutionellen Assistenzarztzeit gehört es im Rahmen der 4-jährigen berufsbegleitenden Weiterbildung zur Erfahrung eines Assistenzpsychologen/ einer Assistenzpsychologin dazu, auch im ambulanten Setting gearbeitet zu haben. Ausserdem sind die Ausbildungsstellen für Assistenzpsychologinnen und -psychologen in stationären, intermediären und ambulanten Institutionen schon heute nicht vorhanden und vorgesehen. Wenn in Zukunft noch weniger Psychotherapeutinnen und -therapeuten – nämlich diejenigen in Weiterbildung – in ambulanten Praxen zur Verfügung stehen, wird die Niederschwelligkeit und Breite der ambulanten Versorgung geschwächt. Daher plädiere ich dafür, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Weiterbildung unter Delegation eines anordnenden Arztes/ Ärztin weiterhin in</p>	<p>Daher wird gefordert Art. 50c KVV zu erweitern um Abs. 3 «Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen in Weiterbildung dürfen bis zur Erlangung ihres eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie in einer privaten Praxis oder öffentlichen psychotherapeutisch-psychiatrischen Institution im Delegationsverhältnis eines anordnenden Arztes oder einer anordnenden Ärztin gemäss Art. 11b Abs. 1 Bst. a KLV psychotherapeutisch arbeiten.»</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				ambulanten Praxen arbeiten dürfen.	
--	--	--	--	------------------------------------	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
T. Tondorf	11b	<p>Psychische Störungen sind in der Bevölkerung immer noch weitgehend stigmatisiert und die Hürde zur Inanspruchnahme von Psychotherapie dadurch deutlich erhöht. Der «Gang zum Psychiater» ist trotz Leidensdruck eine grosse Zugangshürde, sodass erst sehr spät im Krankheitsverlauf psychotherapeutische Hilfe aufgesucht wird. Ausserdem erschweren lange Wartezeiten, Anfahrtswege und schlechte Erreichbarkeit des Angebots den Zugang zusätzlich. Die Niederschwelligkeit, wie sie in der Neuregelung beispielsweise durch den Hausarzt oder die Hausärztin erfolgen kann, ist daher essentiell, um Betroffenen den Zugang zur Psychotherapie zu erleichtern. Dabei werden Patientinnen und Patienten in früheren Krankheitsstadien erfasst und behandelt, was auf die Dauer und Schwere der Erkrankung Einfluss nehmen kann und damit auch auf die soziale und berufliche Funktionsfähigkeit im Alltag (z.B. Fähigkeit arbeiten zu gehen, Fähigkeit für die Familie zu sorgen).</p>	<p>Daher wird gefordert, Art. 11b Abs. 1 Bst. a KLV einzuführen.</p>
T. Tondorf	2	<p>Die Qualität und Angemessenheit von Psychotherapie soll evaluiert werden. Allerdings ist der Anspruch, den zu erwarteten Therapienutzen durch ein vermeintlich einfaches Messinstrument objektivieren zu können, unmöglich zu erfüllen. Obwohl wissenschaftlich hinreichend bestätigt wurde, dass Psychotherapie wirkt, ist die Forschung noch nicht zum Schluss gelangt wie Psychotherapie funktioniert. Psychotherapieverläufe sind sehr individuell und hoch komplex und messen sich nicht nur an der Symptomlast, sondern ebenso an z.B. Fähigkeiten mit anderen zu interagieren, sich selber besser zu verstehen und den eigenen Körper wahrzunehmen. Zur Evaluation der Symptomlast (Schweregrad der Erkrankung) existieren tatsächlich valide Messinstrumente, allerdings gibt es Therapieverläufe, die zunächst eine Verschlechterung der Symptomatik bewirken (z.B. in den ersten 15 Sitzungen), da der Patient/ die Patientin intensiv an seinem/i ihrem Leiden arbeitet, bevor eine Verbesserung eintritt. Dies</p>	<p>Daher wird gefordert in Art. 2 Abs. 1 Bst. b KLV Folgendes zu ergänzen «Sie umfasst eine Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten und eine subjektive Evaluation des Patienten.»</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>könnte zu falschen Schlussfolgerungen verleiten, die zu einem vorzeitigen Abbruch der Therapie führen, beim Patienten/ der Patientin noch viel grösseren Schaden anrichten und Mehrkosten durch wiederholten Therapeutenwechsel entstehen würden. Daher sollte der Einsatz von Messinstrumenten zur Therapieevaluation gut überdacht werden. Wenn es zu einer Einführung kommt, sollten neben quantitativen Messinstrumenten zur Symptomlast auch qualitative Aussagen von Patienten zur Selbstwahrnehmung, Therapiemotivation und therapeutischen Beziehung gleichwertig gewichtet werden.</p>	
T. Tondorf	11b	<p>Wenn Psychotherapien durchschnittlich 30 Sitzungen dauern, so ist dies aus statistischer Sicht eine Mischung aus der Behandlung von Menschen mit leichteren und schwereren psychischen Erkrankungen. Im Sinne einer Mengenausweitung scheint es sinnvoll, bei leichten psychischen Erkrankungen eine Beschränkung auf 30 Sitzungen und danach eine Überprüfung der Angemessenheit einer Therapiefortführung einzuführen. Erfolgreiche Psychotherapien von Menschen mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen in Komorbidität mit Suchterkrankungen) dauern in der Regel jedoch länger als 30 Sitzungen. Diese bereits jetzt unterversorgte Gruppe von schwer kranken Menschen, würde mit der neuen Regelung weiter belastet. Aus der Sicht von Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten und anordnenden Ärzten/Ärztinnen würde ein administrativer Mehraufwand entstehen durch die wiederholte Überprüfung der Therapiefortführung. Gesamtgesellschaftlich gesehen entstehen unnötige Mehrkosten. All das würde die Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen unattraktiv machen. Dem läuft auch die Reduktion der maximalen Zeit pro Sitzung zuwider. Menschen in komplexen Situationen (z.B. Krisen- und Notfallsituationen) brauchen ausreichend Zeit, aufgefangen und unterstützt zu werden. Im Sinne einer regulatorischen Massnahme zur Mengenausweitung, wird somit vorgeschlagen, eine Beschränkung von Sitzungszahl und -dauer am Schweregrad der Erkrankung festzumachen.</p>	<p>Daher wird gefordert Art. 11b Abs. 2 KLV anzupassen: «Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung bei leichten psychischen Erkrankungen pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie, bei schweren psychischen Erkrankungen pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 30 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 90 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 120 Minuten bei einer Gruppentherapie.» sowie Art. 11b Abs. 3 KLV: «Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 90 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.» sowie Art. 11b Abs. 5 KLV «Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 30 Sitzungen bei leichten psychischen Erkrankungen bzw. 45 Sitzungen bei schweren psychischen Erkrankungen fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar; der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin.»</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

T. Tondorf	11b	Diese Bestimmung ist zur Behandlung von Patienten in Krisensituationen bei lebensbedrohlichen Erkrankungen sehr zu begrüssen. Allerdings weiss man aus psychoonkologischen Studien, dass nicht nur die Neudiagnose von somatischen Erkrankungen, sondern auch das Wiederauftreten (Rezidiv) oder Fortschreiten einer schweren somatischen Erkrankung (palliative Situation) zu Krisensituationen führen kann (z.B. wenn trotz Behandlung bei einer Zwischenuntersuchung das Fortschreiten einer Krebserkrankung festgestellt wurde).	Daher wird gefordert Art. 11b Abs. 1 Bst. b anzupassen: «b. bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose, Wiederauftreten und Fortschreiten der Erkrankung oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.»
------------	-----	--	---

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

**Swiss Mental Healthcare SMHC
Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC
Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8**

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Bern, 10. September 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)
und
Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen. Die Swiss Mental Health Care (SMHC) nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Die SMHC lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «**In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet.** Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologiebefehrgesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

³ Quelle in Fussnote⁴, Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Die SMHC als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenkassen und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. Kostendeckung gewährleisten

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. I. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen.

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssen nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Ordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulass-

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

ten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;
- d. Logopäde oder Logopädin;
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.

Wir lehnen Art. 46 g. ab

~~g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psy-

chotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharztstiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharztstitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre. Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbstständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab.

Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbstständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Veränderungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch

unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird. Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlassenen Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab. Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Wir bieten Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Das koordinierte Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüssen



Dr. H. Conrad
Präsident SMHC

Prof. Dr. med. E. Seifritz
Präsident SVPC

Dr. med. O. Bilke-Hentsch
Präsident VKJC

E. Felber
Präsident VPPS

E. Baumann
Präsident VDPS

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Eric Thomann, Kinder und Jugendpsychiatrie
Primärprävention und Entwicklung, Baby Eltern Zentrum Chur

Abkürzung der Firma / Organisation : PPE, BEZ

Adresse : Reichsstrasse 69, 7000 Chur

Kontaktperson : Dr. med. Eric Thomann

Telefon : 081 252 18 80

E-Mail : eric.thomann@hin.ch

Datum : 27. 8. 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Zur Kostenfolge und Finanzverordnung ist zu bemerken, dass falls der Umgang mit dem Anordnungsmodell gleich gehandhabt wird wie bisher die Physiotherapie, das heisst dem anordnenden Arzt werden in einem Wirtschaftlichkeitsverfahren der Krankenkasse die angeordneten Therapien an die Gesamtkosten aufgerechnet, so muss festgehalten werden, dass dies einer an die Ärzte delegierten Rationierung entspricht. Das heisst die im Bericht zum neuen KVV-KLV geäusserten Ängste der Mengenausweitung und Kostensteigerung werden an die Ärzte abgewälzt und die Kostenverantwortung wird von den Psychologen an die Ärzte delegiert. Somit ist aus meiner Sicht von vornherein zu verhindern, dass die verordneten Kosten den Ärzten in einem Wirtschaftlichkeitsverfahren angerechnet werden. Sehr wichtig!
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	50c	1	c	Im Verhältnis zur sechsjährigen klinischen Weiterbildung der Psychiaterinnen und Psychiater ist ein Jahr stationäre Tätigkeit zu wenig. Dies soll auf mindestens zwei Jahre verlängert werden.	Nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 24 Monate in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder Klinik oder erfahrenen Praxis
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	3	<p>Im Jahre 2009 wurde aufgrund der Veränderung der KLV Verordnung die Limite bis zur Meldung an den Vertrauensarzt von 60 auf 40 Stunden reduziert. Nach unserer Erfahrung hat diese Verkürzung keine zunehmende Ablehnung durch Vertrauensärzte zur Folge gehabt, was heisst, dass die Indikation durch die Ärzte richtig gestellt wurden und durch Verkürzung bis zur Meldung an den Vertrauensarzt keine Kosten gespart werden können, jedoch mit weiterer Verkürzung Kosten auf beiden Seiten (KK und Arzt) verursacht werden. Nach meiner persönlichen Erfahrung habe ich noch nie einen ablehnenden Entscheid erhalten, somit macht aus meiner Sicht die Verkürzung auf 30 Stunden keinen Sinn sondern verursacht lediglich Kosten. Zudem ist festzuhalten, dass die Psychiaterinnen und Psychiater vermehrt komplexere Fälle betreuen, weshalb eine frühere Meldung an den Vertrauensarzt keinen Sinn macht. Weiter ist auch die Sitzungsdauer bei 75 Minuten wie im Tarmed festgehalten beizubehalten, da Termine oft länger wie 60 Minuten dauern aufgrund individueller Unterschiede der Patientinnen und Patienten. Weiter darf auch die Gruppentherapie nicht auf 90 Minuten gekürzt werden, da Gruppentherapien oft in einer Doppelstunde stattfinden, was mit den bisherigen 105 Minuten gemäss Tarmed gerade noch geht. Eine weitere Verdichtung von Informationen zum Beispiel in Skillsgruppen ist aufgrund der kognitiven Einschränkung der Patienten nicht möglich. Das heisst das Modell der Volksschule, die die Stunden von 60 auf mittlerweile 45 Minuten bei gleichbleibendem Stoff gekürzt hat, ist nicht auf die Psychiatrie übertragbar.</p> <p>Zudem wird die Gruppentherapie gegenüber der gegenwärtig gültigen</p>	Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs-und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien. Artikel 3 b bleibt vorbehalten.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>KLV Verordnung neu erwähnt und eingeschränkt. Dies macht keinen Sinn, da Gruppentherapien per se eigentlich ein effizientes Modell sind, längerfristig besucht werden müssen, insgesamt aber wenig angeboten werden und somit ein kleiner Teil der Kostenfolge sind und somit nicht zusätzlich überwacht werden müssen. Das heisst die Einschränkung der Gruppen soll ganz weggelassen werden. Falls nicht muss die einzelnen Gruppensitzungen mindestens auf 105 Minuten erhöht werden.</p>	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	3b1	<p>Wie unter 3 erwähnt soll die Psychotherapie erst nach 40 Sitzungen im ärztlichen Bereich zu Lasten der Versicherung überprüft werden.</p>	<p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt</p>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	11b2	<p>Zum Artikel ist anzumerken, dass die Minutage der Einzeltherapie wie bei den Ärzten auf 75 Minuten erhöht werden soll. Dies entspricht einer Kürzung gegenüber dem Tarmed, der derzeit bei den Psychologen mit 90 Minuten maximaler Einzeltherapie Sitzungsdauer rechnet. Auch hier ist die Gruppentherapie nicht einzuschränken oder falls sie eingeschränkt wird auf 105 Minuten zu erhöhen.</p> <p>Die Einzeltherapie muss deshalb auch länger dauern, da es sich möglicherweise um eine Krisenintervention gemäss Artikel 11 b 1b handelt, diese Sitzungen dauern oft länger wie 60 Minuten. Weiter ist hier zu regeln, dass die zweite Anordnung nach den ersten 10 Sitzungen zwingend von einer Psychiaterin oder einem Psychiater ausgestellt werden muss, damit Patient:in Armit längerdauernden psychotherapeutischen Behandlungen ausreichend diagnostiziert werden, um nicht eine schwere, eventuell medikamentöse zwingend zu behandelnde Krankheit längere Zeit übersehen wird.</p>	<p>Für Leistungen nach Absatz 1 a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Verordnung die Kosten von höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer bis zu 75 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 105 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> <p>Die zweite Anordnung muss nach den ersten 10 Sitzungen zwingend durch eine Ärztin oder einen Arzt mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erfolgen.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	11b3	Da es sich bei Kriseninterventionen um schwierige Situationen handelt ist eine Zeit von 60 Minuten sicher zu kurz. Zudem geht es aus meiner Sicht an der Realität vorbei, dass in einer Krisenintervention Gruppentherapien angeboten werden, weshalb die Gruppentherapie in diesem Bereich gestrichen werden kann. Die Minutage der Einzeltherapie soll jedoch auf mindestens 90 Minuten wenn nicht 120 Minuten erhöht werden.	Für Leistungen nach Absatz 1b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 90 Minuten bei einer Einzeltherapie.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	11b5	Gleich wie bei der ärztlichen Psychotherapie soll auch bei der psychologischen Psychotherapie eine Kontrolle durch den Vertrauensarzt gemäss Verfahren Artikel 3b erst nach 40 Sitzungen erfolgen. Auch wenn die Psychologen im Bericht zum KVV-KLV berichten, dass nach 30 Sitzungen 50% ihrer Therapien abgeschlossen seien, so muss dies nicht zu diesem Zeitpunkt überprüft werden. Die Überprüfung durch einen Vertrauensarzt macht nur Sinn um Ausreisser festzuhalten und nicht 50% zu kontrollieren. Siehe dazu auch Kommentar zu Artikel 3	Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Artikel 1 a nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar...
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Thomas Fellmann
Abkürzung der Firma / Organisation :
Adresse : Parkstrasse 05, 4102 Binningen
Kontaktperson : Dr. med. Thomas Fellmann
Telefon : 061 423 18 01
E-Mail : info@praxisfellmann.ch
Datum : 16.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.	DIE FACHGRUPPE PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE BASELSTADT LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB.
Error! Reference source not found.	Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden. <i>Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, welche die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i>
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found. FG Ψ BL	50	1	c	<p>Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von <u>einem Jahr</u> in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B). Mit der heutigen Regelung verfügen viele psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar über gute theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen. Vor allem haben die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch keine Erfahrungen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Ein Arzt benötigt sechs Jahre der Weiterbildung, um die dafür notwendigen umfassenden Kompetenzen zu erwerben. Folglich werden sich die Psychologinnen und Psychologen in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren. In diesem Bereich werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots und damit einer Kostenausweitung sorgen, <u>ohne</u> entsprechende</p>	<p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 2 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Krankheitsspektrum).</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen, Kinder und Jugendliche).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, somatopsychische und psychosomatische Erkrankungen, praktische Erfahrungen in der Anwendung von Psychopharmaka und anderen Medikamenten, Arbeit mit Familien und Betreuung-/Beschulungssystemen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.</p> <p>Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung der bedürftigen Personengruppen wird nicht behoben werden, hingegen wird es</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>voraussichtlich zu einer Fehlversorgung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, in kürzeren Zeiträumen kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Im Altersbereich und Bereich der schwer erkrankten Personen ist häufig eine Erhaltung oder nur langsame Verschlechterung der verbliebenen Vermögen ein sinnvolles Therapieziel. Diese Patienten werden grosse Mühe haben, eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten, wenn „Erfolg“ durch Verbesserungen auf Skalen gemessen werden soll.</p> <p>Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die adäquate Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen, da diese derzeit ohnehin mit immer grösseren Problemen in der Rekrutierung geeigneten ärztlichen Personals zu kämpfen haben. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p>Durch den Wegfall der bisherigen delegierten Psychotherapie und die zukünftig mangelnde</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Ausbildung in der Behandlung komplexer Fälle, werden auf längere Sicht diejenigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten für die Versorgung schwerer erkrankter Patienten fehlen, welche heute eng mit einem Psychiater/ einer Psychiaterin unter einem Dach mit regelmässigen Super- bzw. Intervisionen zusammenarbeiten und dadurch eine ständige Kompetenzerweiterung in der Versorgung schwerer erkrankter Patienten und Patientinnen erfahren und dadurch adäquat in der Lage sind, diese Patienten mitzuversorgen.</p> <p><i>FORDERUNG: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wie bereits früher schon, fordern wir eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf <u>zwei</u> Jahre in einer SIWF-anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmезwang mit breitem Patientengut).</i></p>	
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not					

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
<p>Error! Reference source not found. FG Ψ BL</p>	<p>2, Abs. 1, Bst. B)</p>	<p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig und nicht zielführend.</p> <p>Psychiaterinnen und Psychiater stellen Diagnosen mittels integraler klinischer Befunderhebung incl. Anamnese und Fremdanamnese, wozu bei Bedarf auch Fragebögen, Tests oder klinische Interviews hinzugezogen werden können, und nicht einseitig mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Es existieren keine geeigneten Instrumente, welche dem Anspruch gerecht werden, eine Diagnose zu sichern oder alleinig den Verlauf zu beurteilen. Hier bedarf es zwingend eines Gesamturteils, welches alle Aspekte miteinbezieht und gegeneinander abwägt.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden auch gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapie-methoden sind Fragebögen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat. Speziell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind derlei Messinstrumente ohnehin wenig geeignet und aussagekräftig, da hier auch das Urteil der beteiligten Erwachsenen eine bedeutende Rolle spielt.</p>	<p>STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, dürfte doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden präferieren. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Einmal mehr ist zu befürchten, dass gerade die schwerkranken und dauerhaft behinderten Patienten, bei welchen sich kaum oder keine Verbesserungen abbilden lassen, benachteiligt werden. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben.</p> <p>Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen. In der somatischen Medizin werden auch keine diagnostischen Instrumente vorgeschrieben, da man vertrauensvoll davon ausgehen kann und darf, dass Ärzte und Ärztinnen solche selbstverständlich verwenden, wenn sie deren bedürfen, sie aber auch nicht anwenden, wenn nicht notwendig oder sinnvoll.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert, welche Konsequenzen diese haben werden und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen und welche Konsequenzen sich daraus ergäben. Dieser Punkt ist extrem heikel, da sich, sollten die Daten zur Beurteilung einer Verlängerung der Kostengutsprache verwendet werden, nicht absehbare Vor- und Nachteile für bestimmte Patientengruppen ergäben. Bei einem möglichen Vergleich von Einzelpraxen im Sinne eines Benchmarking bestünde die Gefahr einer positiven Patientenselektion und Benachteiligung von Ärzten, welche sich um Patientinnen kümmern, welche sich nicht in einem gewünschten Sinne auf entsprechenden Skalen abbilden lassen, z.B. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen, welche mehr als junge Menschen mit Ressourcen und gutem Verbesserungspotential der ärztlichen Behandlung, Betreuung und Fürsorge bedürften. Psychiatrische Behandlung ist in vielen Fällen Langzeitbehandlung bis zum Tod. Hier spielen skalierbare quantifizierende Instrumente zur Verlaufsbeurteilung nur eine sehr marginale Rolle</p> <p>Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> <p>Sollte die Forderung nach Messinstrumenten der Einschränkung einer befürchteten Mengenausweitung dienen, so ist diese bei ärztlichen Psychotherapeuten, welche ohnehin unter Nachwuchssorgen leiden, nicht nötig. Im Gegenteil könnten solche unnötigen und als sinnlos erlebten administrativen Eingriffe in die Behandlungsfreiheit junge Kollegen und Kolleginnen zusätzlich davon abhalten, den Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie anzustreben.</p> <p>FORDERUNG: Die FG Ψ BL fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</p>	
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art. 3</p>	<p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der Verordnungsänderung zu erwartenden Mengenausweitung als Argument einer kostendämpfenden Massnahme zu dienen. Ein Psychiater/ eine Psychiaterin arbeitet nicht weniger oder mehr, wenn er oder sie nach 30 Stunden bereits einen Antrag stellen muss. Die abrechenbaren Stunden bleiben gleich, nur die mit dem Patienten/der Patientin verbrachte Zeit verringert sich, da mehr Zeit in die Berichtschreibung fliesst. Der Beruf wird durch die zusätzliche administrative Last erneut unattraktiver, ein Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. -zahler ist nicht erkennbar.</p>	<p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken und sind eine Beeinträchtigung für die Therapie (Stichworte Vertrauensbildung und Sicherheit).</p> <p><i>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen. Bestimmte Therapiemethoden (z.B. Traumabehandlungen, Konfrontation, Einbezug eines Angehörigen u.a.) oder bestimmte Situationen (z.B. häufig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo oft zahlreiche Beteiligte aus dem System miteinander interagieren müssen) bedürfen längerer Zeiteinheiten. Eine Dauer von 75 min ist nicht selten heute bereits zu knapp bemessen.</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Eine Maximaldauer in der Psychotherapie festzulegen (ausser bei Kriseninterventionen) erscheint grundsätzlich sinnvoll, sie sollte aber so bemessen sein, dass man innerhalb dieser Zeit angemessen arbeiten kann und nicht unter Zeitdruck kommt, was sich kontraproduktiv auf das Ergebnis auswirken könnte (so wie es im somatischen Bereich wenig sinnvoll erschiene, z.B. Operationszeiten knapp zu limitieren, da man auch dort um des Ergebnisses willen genügend Zeit und Ruhe zum arbeiten benötigt).</p> <p>Auch hier wird einer befürchteten Mengenausweitung nicht wirksam entgegnet, da sich ein Arbeitstag eines psychotherapeutischen Leistungserbringers nicht verkürzt oder verlängert, wenn Behandlungseinheiten limitiert werden.</p> <p>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</p>	
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art. 11b, Bst. A.</p>	<p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die anordnende Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können und er/sie muss die ärztliche Verantwortung dafür voll tragen können.</p>	<p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>FORDERUNG: Die FG Ψ BL verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</p> <p>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die FG Ψ BL die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</p>	<p>einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5</p>	<p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen</p> <p>«Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht... der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin»</p> <p>Ohne vertiefte Kenntnisse bzw. ohne entsprechende Erfahrung und Ausbildung in der Behandlung von psychischen Erkrankungen ist es für eine Ärztin, einen Arzt unmöglich ausreichend objektiv Patientenzustand und Verlauf der Therapie zu beurteilen. Somit ist es der Ärztin, dem Arzt ohne psychiatrisch psychotherapeutische oder psychosomatische Ausbildung im Kinder – oder Erwachsenenbereich lediglich aufgrund des Berichtes der behandelnden Psychologin, des behandelnden Psychologen nicht möglich, fundiert den Antrag zur Fortsetzung</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr.med. Thomas Schnyder
Facharzt FMH Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : Kinderpsychiatrische Praxis

Adresse : Trichtenhauserstrasse 2
8125 Zollikerberg

Kontaktperson : Thomas Schnyder

Telefon : 044 391 88 65

E-Mail : thomas.schnyder@hin.ch

Datum : 28.09.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Template for comments and secretariat observations

Date:	Document: ISO/
-------	-----------------------

1	2	3	4	5	6	7
MB¹	Clause/ Subclause/ Annex/Figure/Table (e.g. 3.1, Table 2)	Paragraph/ List item/ Note/ (e.g. Note 2)	Type of com- ment²	Comment (justification for change)	Proposed change	Secretariat observations on each comment submitted

Allgemeine Bemerkungen

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Kinderpsychiatrische Praxis	Seit bald 30 Jahren arbeite ich als Kinder- und Jugendpsychiater FMH zusammen mit delegierter Psychotherapie. Ich war von Anfang an Mitglied der Vereinigung delegierender Ärztinnen und Ärzte, welche von Dr. med. Christian Bernath präsiert wurde. Die rechtlichen Bedingungen zu delegierter Psychotherapie (Arbeitsvertrag etc.) sind für mich immer Selbstverständlichkeit gewesen. Ich habe die externe Supervision der psychotherapeutischen Arbeit als Fortbildung sowohl für mich als auch für die delegiert arbeitende Psychoherapeutin mit hohen Kostenfolgen befürwortet und getragen.
Kinderpsychiatrische Praxis	Eine Änderung der Verordnung betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) ist auch aus meiner Sicht indiziert, hingegen nicht in der Form des jetzigen Entwurfs, wie er in die Vernehmlassung geht
Kinderpsychiatrische Praxis	Die Aus- und Weiterbildung nichtärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist in der heutigen Form eidgenössisch geregelt und ermöglicht eine Zulassung zur KK zum Wohle der Patientinnen und Patienten.
Kinderpsychiatrische Praxis	Die Anordnung durch ÄRZTINNEN UND ÄRZTE hingegen ist für die Anerkennung der Kompetenz der psychotherapeutischen Fachkräfte durch die von ihnen abhängigen Patientinnen und Patienten verunsichernd und einschneidend in ihr Vertrauensverhältnis zur Psychotherapie. Kontrollen der Indikation und Wirtschaftlichkeit müssen stattfinden, jedoch nicht auf diesem Weg der Anordnung.

¹ **MB** = Member body (enter the ISO 3166 two-letter country code, e.g. CN for China) ** = ISO/CS editing unit

² **Type of comment:** ge = general te = technical ed = editorial

NB Columns 1, 2, 4, 5 are compulsory.

Template for comments and secretariat observations

Date:	Document: ISO/
-------	-----------------------

1	2	3	4	5	6	7
MB ¹	Clause/ Subclause/ Annex/Figure/Table (e.g. 3.1, Table 2)	Paragraph/ List item/ Note/ (e.g. Note 2)	Type of com- ment ²	Comment (justification for change)	Proposed change	Secretariat observations on each comment submitted

Kinderpsychiatrische Praxis	Aus-und Weiterbildung der psychotherapeutisch arbeitenden ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräfte müssen gleichermaßen durch laufende Fortbildung ergänzt und gewährleistet sein. Durch Berichte an die Vertrauensärzte muss wie bisher Indikation und Wirtschaftlichkeit der Behandlung validiert werden. Diese Qualitätskontrolle funktioniert sowohl bei ärztlicher wie auch nichtärztlicher Psychotherapie ohne das Anordnungsmodell.
Kinderpsychiatrische Praxis	Der ausgewiesenen Fortbildung in Psychotherapie durch Nachweis von Supervision und Intervision muss hingegen neu mehr Gewicht als bisher gegeben werden. Solch eine Regelung müssen die Fachgesellschaften neu implementieren, sowohl diejenigen der ärztlichen wie der nichtärztlichen Psychotherapie
Kinderpsychiatrische Praxis	Konsumentenschutz bei Psychotherapie ist sowohl durch die Vertrauensärzte der KK als auch die Fachgesellschaften für Psychotherapie zu gewährleisten, ohne das aus meiner Sicht kontraproduktive Anordnungsmodell. Es muss zur Pflicht der nichtärztlichen PsychotherapeutInnen gehören, Konsilien bei ÄrztInnen anzuordnen, wenn eine medikamentöse Behandlung oder medizinische Diagnostik notwendig sein oder werden könnte.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

¹ **MB** = Member body (enter the ISO 3166 two-letter country code, e.g. CN for China) ** = ISO/CS editing unit

² **Type of comment:** ge = general te = technical ed = editorial

NB Columns 1, 2, 4, 5 are compulsory.

Template for comments and secretariat observations

Date:	Document: ISO/
-------	-----------------------

1	2	3	4	5	6	7
MB¹	Clause/ Subclause/ Annex/Figure/Table (e.g. 3.1, Table 2)	Paragraph/ List item/ Note/ (e.g. Note 2)	Type of com- ment²	Comment (justification for change)	Proposed change	Secretariat observations on each comment submitted

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)						
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)	
Kinderpsychiatrische Praxis	KLV Art.2b			Berichterstattung nach 15 Sitzungen schafft Verunsicherung bei Eltern und Kindern. Es entsteht Unruhe mit empfindlicher Störung des Arbeitsbündnisses. Und in den meisten vertrauensärztlichen Diensten der KK sind nicht genügend Fachkräfte vorhanden, um in dieser hohen Frequenz die Flut von Berichten seriös zu bearbeiten. Ungleiche Bedingungen von KK zu KK wrden die Folge sein.	Berichte wie bisher nach 40 Sitzungen, nur von der behandelnden Fachkraft für Psychotherapie. Validierung nur durch die Vertrauensärzte der KK.	
Kinderpsychiatrische Praxis	KLV 11b	2		Die zeitliche Reduktion der Sitzungsdauer auf 60 Minuten verschlechtert die bisherige Praxis, welche in er Kinder-und Jugendpsychiatrie bisher eine gute Grundlage für sinnvolle Behandlung bildete. Dieser Eingriff stellt einen Eingriff in die fachliche Kompetenz der Leistungserbringer dar, welche in der Realität des Behandlungsalltags stört.	Sitzungen mit 90 Minuten Dauer und für deklarierte Krisensitzungen keine Limitation.	

1 **MB** = Member body (enter the ISO 3166 two-letter country code, e.g. CN for China) ** = ISO/CS editing unit

2 **Type of comment:** ge = general te = technical ed = editorial

NB Columns 1, 2, 4, 5 are compulsory.

Template for comments and secretariat observations

Date:	Document: ISO/
-------	-----------------------

1	2	3	4	5	6	7
MB ¹	Clause/ Subclause/ Annex/Figure/Table (e.g. 3.1, Table 2)	Paragraph/ List item/ Note/ (e.g. Note 2)	Type of com- ment ²	Comment (justification for change)	Proposed change	Secretariat observations on each comment submitted

Kinderpsychiatrische Praxis						
Kinderpsychiatrische Praxis	KLV 11b	5		Die behandelnde psychotherapeutische Fachkraft ist die einzige Person, welche im intensiven Austausch im Vertrauensverhältnis mit Eltern und Kindern alle notwendigen Informationen wirklich bekommt. Es macht keinen Sinn, dass eine Drittperson über die Behandlung Berichte schreibt. Die authentische Erfahrung aus der Behandlung fehlt einer Drittperson in der Psychotherapie. Es entstehen pseudoobjektive, unwissenschaftliche Dokumente, welche dem Vertrauensarzt der KK keine nachvollziehbare Einsicht vermitteln und bloss zusätzliche Kosten verursachen nebst der Verunsicherung der PatientInnen.	Berichterstattung an den Vertrauensarzt der KK erfolgt in allen Fällen durch die behandelnde Fachkraft für Psychotherapie und nur gegebenenfalls durch ein Konsilium eines vom PsychotherapeutIn beigezogenen Facharzt/Fachärztin.	
Kinderpsychiatrische Praxis						
Kinderpsychiatrische Praxis						
Kinderpsychiatrische Praxis						

1 **MB** = Member body (enter the ISO 3166 two-letter country code, e.g. CN for China) ** = ISO/CS editing unit

2 **Type of comment:** ge = general te = technical ed = editorial

NB Columns 1, 2, 4, 5 are compulsory.

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

**Dr. med. Daniel Thommen
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Sonnhaldenstrasse 3
8032 Zürich**

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Bern, 22. September 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten
Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu
verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die
vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

**Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine
strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für**

die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «**In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.**».

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungsvorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/

Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen

ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen wird im Annex zur Vernehmlassungsantwort ausgeführt:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere

Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betone: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte

Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;
g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.

Ich lehne Art. 46 g. ab

~~g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. *einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. *einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. *nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab.

Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosser Verwaltungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosser Verwaltungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmtesten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Daniel Thommen
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH



(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Tobias Maucher, Psychiater und Psychotherapeut

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxis Dr. Maucher

Adresse : Heidemurweg 12, 4303 Kaiseraugst

Kontaktperson : s.o.

Telefon : 071 571 30 33

E-Mail : tobias.maucher@hin.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Error! Reference source not found. Dr. Maucher</p>	<p>Ich bin persönlich betroffen von den bevorstehenden Änderungen, da ich als Psychiater / Psychotherapeut arbeite (in eigener Praxis ab demnächst)</p> <p>Ich wäre gerne bereit in einem «gerechten» Anordnungs- oder Delegationsmodell zusammenzuarbeiten mit Psychologen in der Praxis (dies auch als Entgegnung auf das Argument, dass es nur wenige Psychiater gäbe, welche delegieren würden oder zusammenarbeiten möchten). Ich befürchte nun aber eher eine «Zersplitterung» der Behandlungsangebote.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Meine Hauptpunkte zu bzw. gegen die Neuregelung in bisheriger Form:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Unterversorgung ist sehr fraglich (hohe Dichte, eher Frage von Region/Angebot/Ausrichtung); und wenn dann müsste die Neuregelung eher bedarfsorientiert/regional die Niederlassung von Psychologen regeln -Versorgung von schwerer Erkrankten/Notfällen und «Verhinderung von Folgeschäden» läuft viel eher über Psychiater (Krankschreibungen, Wiedereinstieg IV-Berichte etc.) als über Psychologen -Unterversorgung würde auch nicht verhindert (keine «Vermehrung von Psychologen» per Dekret und wohl auch kaum «versteckte Psychologen, die plötzlich auf dem Arbeitsmarkt auftauchen; Vermehrung von «Behandlung Gesunder» dagegen absehbar; keinerlei Steuerung vorgesehen für regionale Unterversorgungen oder ähnliches) -deutliche Kostenzunahme sicher (auch avisiert) -So könnte es allenfalls sogar zu einem «übermässigen» Zustrom von Psychologen aus dem Ausland in die Niederlassung kommen. Damit ergibt sich aber wieder die Frage der Kompetenz und –wie im offiziellen Kommentar erwähnt der «kulturellen» Besonderheiten sowie auch der Frage nach der wirtschaftlichen Existenz der bestehenden Anbieter insbesondere in gut versorgten Regionen. Im ärztlichen Bereich wurde eine 3jährige Tätigkeit in der Schweiz als eine Voraussetzung für die Niederlassung eingeführt. -Existenzgefährdung der Psychiater, den bisherigen Leistungsträgern möglich (in Regionen mit «guter Versorgung»; können und sollen auch die schwereren «Fälle» behandeln, aber können dies letztlich nur durch einen «Mix» von unterschiedlichen Fällen wirtschaftlich leisten; auch Gefahr, dass Kostenzunahme zu Lasten der bisherige Leistungserbringer/Entlohnung geht; Psychiaterberuf unattraktiver, Nachwuchsprobleme schon jetzt)

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>-Missbräuchliche Anstellungsverhältnisse/Arbeitsbedingungen müssen untobunden werden: Hier könnte aber wohl durch weniger einschneidende Regelungen Abhilfe geschaffen werden (einheitliche Regelungen/Abmachungen zwischen den Berufsverbänden). Auch wäre ein Anordnungsmodell von Psychiater zu Psychologe eine Option auch um Fehldiagnosen zu reduzieren und eine gute somatische Mitbehandlung zu gewährleisten. Dies entspräche auch dem Usus in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien.</p> <p>-Abnahme der Versorgungsqualität eher möglich (Psychiaterberuf eher unattraktiver → Nachwuchs in Kliniken? → wer betreut Multimorbide? Altersheime? marginalere somatisch-medizinische Kompetenz bei Psychologen, dadurch eher Doppeluntersuchungen, Fehldiagnosen, für Medikation muss Pat. Wieder zum Hausarzt, Fachkompetenz für Nebenwirkungen etc. hätte aber der Psychiater etc)</p> <p>-Stichwort «Verschlimmerung von Krankheiten vermeiden»: Hier würde es eher viel mehr Sinn machen, weiterhin jemanden in die Diagnostik von Anfang an einzubeziehen, der sowohl Ahnung von körperlichen als auch psychischen Erkrankungen hat, einen Arzt, und zwar einen Psychiater! (Dies spricht klar für eine – zumindest initial- psychiatrische Behandlung/Diagnostik.)</p>
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found. Dr. Maucher		Meine Meinung, was berücksichtigte werden müsste: -Es muss –wie in anderen medizinischen Bereichen- eine klare ärztliche Zuständigkeit geben und im Sinne einer hochentwickelten Medizin/Gesundheitswesen auch bei Fachärzten : Psychiater müssen als wesentliche Schaltstelle fungieren. Psychologen können eine wichtige Ergänzung darstellen. Sie sollten auf psychiatrische Anordnung und nur dort wo ein tatsächlicher Mangel an Angeboten ist tätig werden. Der Psychiater supervidiert den Verlauf bei komplexeren Fällen (Medikation, Arbeitseinstieg, Verschlimmerung, somatische Begleiterkrankungen) unter anderem eben im Folgeschäden/Fehldiagnosen zu verhindern.	auf psychiatrische Anordnung

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : **touché.ch** – der Schmerzverband

Abkürzung der Firma / Organisation : **touché.ch**

Adresse : Horneggstrasse 9, 8008 Zürich

Kontaktperson : Pia Ernst, Geschäftsführerin

Telefon : 044 388 5700

E-Mail : ernst@touche.ch

Datum : 15.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
------------	--------------------

touché.ch	<p>touché.ch begrüsst die Überführung des Delegationsmodells ins Anordnungsmodell, denn eine schnelle, auf individuelle Bedürfnisse abgestimmte psychotherapeutische Versorgung ist oft notwendig, um die Chronifizierung von psychischen Störungen und eine daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit verhindern.</p> <p>Für Patientinnen und Patienten ist es wichtig, den Therapeuten sorgfältig auswählen zu können. Die persönliche Beziehung ist für den positiven Therapieverlauf von zentraler Bedeutung. Die Bindung an einen psychiatrischen Facharzt in der gleichen Praxis ist oft mit langen Wartezeiten verbunden und steht deshalb einer solchen Auswahl im Wege.</p> <p>touché.ch unterstützt das Vorhaben des BAG, nach 5 Jahren eine Wirkungsanalyse durchzuführen, und fordert, dass die Optik der Patientinnen und Patienten in dieser Analyse angemessen berücksichtigt wird.</p>
------------------	--

touché.ch	<p>Es bleibt unklar, wie angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten zukünftig ihre Leistungen abrechnen können. Diese Klärung ist nötig, damit Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Anstellungsverhältnis (in privaten und öffentlichen Organisationen) weiterhin psychotherapeutische Leistungen erbringen und abrechnen können.</p>
------------------	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
touché.ch	46		g	<p>touché.ch unterstützt die Bemühungen, dass psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zukünftig auf ärztliche Anordnung statt wie bisher Delegation hin ihre Leistungen erbringen können. Viele psychisch Kranke leiden auch an somatischen Beschwerden). Die behandelnde Ärztin/ der behandelnde Arzt ist damit neben der psychologischen, psychiatrischen, oft noch weiteren Fachpersonen eine wichtige Ansprechperson.</p> <p>Wir sind überzeugt, dass die koordinierte Behandlung durch eine überschaubare Anzahl Fachpersonen (im Idealfall, Hausarzt und Psychologe), die die betroffene Person gut kennen und sich koordinieren, am erfolgreichsten ist. Einen verschreibende/n psychiatrische/n Facharzt/ärztin dazwischenzuschieben kann zu längeren Entscheidungswegen und Informationslücken führen. Was bei der Patientin/ dem Patienten zu unnötiger Verunsicherung führt.</p> <p>Wir erwarten, dass durch diese Änderung ganz grundsätzlich mehr Arbeitszeit direkt dem Patienten zu Gute kommen wird.</p>	
touché.ch	50	b c		<p>touché.ch ist einverstanden mit dem Ansatz, die Zulassung von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten an einen Weiterbildungstitel gemäss PsyG und eine kantonale Bewilligung zu knüpfen.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				Die Voraussetzung eines klinischen Jahres erscheint uns sinnvoll.	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
touché.ch	2 Abs. 1	Wir haben oben erwähnt, dass durch die Änderung hin zur Anordnung ganz grundsätzlich mehr medizinische und therapeutische Arbeitszeit direkt dem Patienten zu Gute kommen möge. Die verlangte Verschriftlichung spricht jedoch gegen diese Hoffnung. Eine allfällige Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik gehört zu den persönlichen Notizen der Therapeutin, die ausserhalb der Krankengeschichte geführt wird. Der mögliche Kreis der Adressaten solcher Aufzeichnungen wäre je nach Patient viel zu gross	Streichung des Bst. b
touché.ch	3	touché.ch ist mit der Reduktion der maximalen Anzahl von 40 auf 30 Sitzungen nicht einverstanden. Wir weisen darauf hin, dass das 30 Stunden-Modell bereits einmal existierte, dann aber auf 40 Stunden korrigiert wurde. touché.ch stellt sich auf den Standpunkt, dass eine zeitliche Beschränkung auf 60 Minuten für Einzeltherapien und 90 Minuten für Gruppentherapien nicht sinnvoll ist. Eine Therapie soll sich am Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten orientieren. Es kann fachlich erforderlich sein, dass eine Therapiesitzung in speziellen Situationen länger als 60 Minuten dauert.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

touché.ch	11b, Abs.1	touché.ch ist sehr einverstanden mit der Regelung, den Kreis der Ärztinnen und Ärzte, die eine psychologische Psychotherapie anordnen können, breit gefasst wird. Damit wird sichergestellt, dass derjenige Arzt anordnen kann, der die Patientin/ den Patienten regelmässig sieht und behandelt, u.a. bei einer Komorbidität..	
touché.ch	11b Abs. 2	touché.ch ist gegen die Regelung, dass eine Anordnung auf 15 Stunden beschränkt wird. Dies führt mit der Pflicht zur Berichterstattung zu einer Bürokratisierung der therapeutischen Arbeit.	Streichung von Abs. 2
touché.ch Er ror! Reference source not found.	11b Abs. 3	Auf die Begrenzung der Dauer einer Therapiesitzung ist zu verzichten, vgl. Begründung bei Art. 3.	
touché.ch	11b Abs. 5	touché.ch verlangt, dass der Bericht zur durchgeführten Psychotherapie von der fallführenden Psychotherapeutin/dem fallführenden Psychotherapeuten und nicht dem anordnenden Arzt/der anordnenden Ärztin erstellt wird.	Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Bst. a nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar; der Antrag erfolgt durch die anordnende Ärztin/den anordnenden Arzt, der Bericht erfolgt durch die fallverantwortliche Psychotherapeutin/den fallverantwortlichen Psychotherapeuten.

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

**Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie**

Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Zug, 16. September 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.
Die Triaplus AG nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Die Triaplus AG lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «*In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie*».

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungsvorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Die Triaplus AG, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen. Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im**

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche

psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in

Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Wir lehnen Art. 46 g. ab

~~*g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*~~

Begründung

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- | |
|--|
| <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |
|--|

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED

Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Veränderungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosse Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmtesten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.


Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Wir bieten Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


Erich Baumann
CEO

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefarzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Natel: +41 79 957 33 53
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG	.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH	.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	.....	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB	.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV	.....	Invalidenversicherung
KLV	.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	.....	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP	.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	.....	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	.....	Medizinaltarifkommission
MV	.....	Militärversicherung
OKP	.....	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL	.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	.....	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM	.....	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS	.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP	.....	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	.....	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF	.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC	.....	Swiss Mental Health Care
SUVA	.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC	.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	.....	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY	.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS	.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	.....	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	.....	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS	.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV	.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA	.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?	11
2.3	Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlreize und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulant psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMCH) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

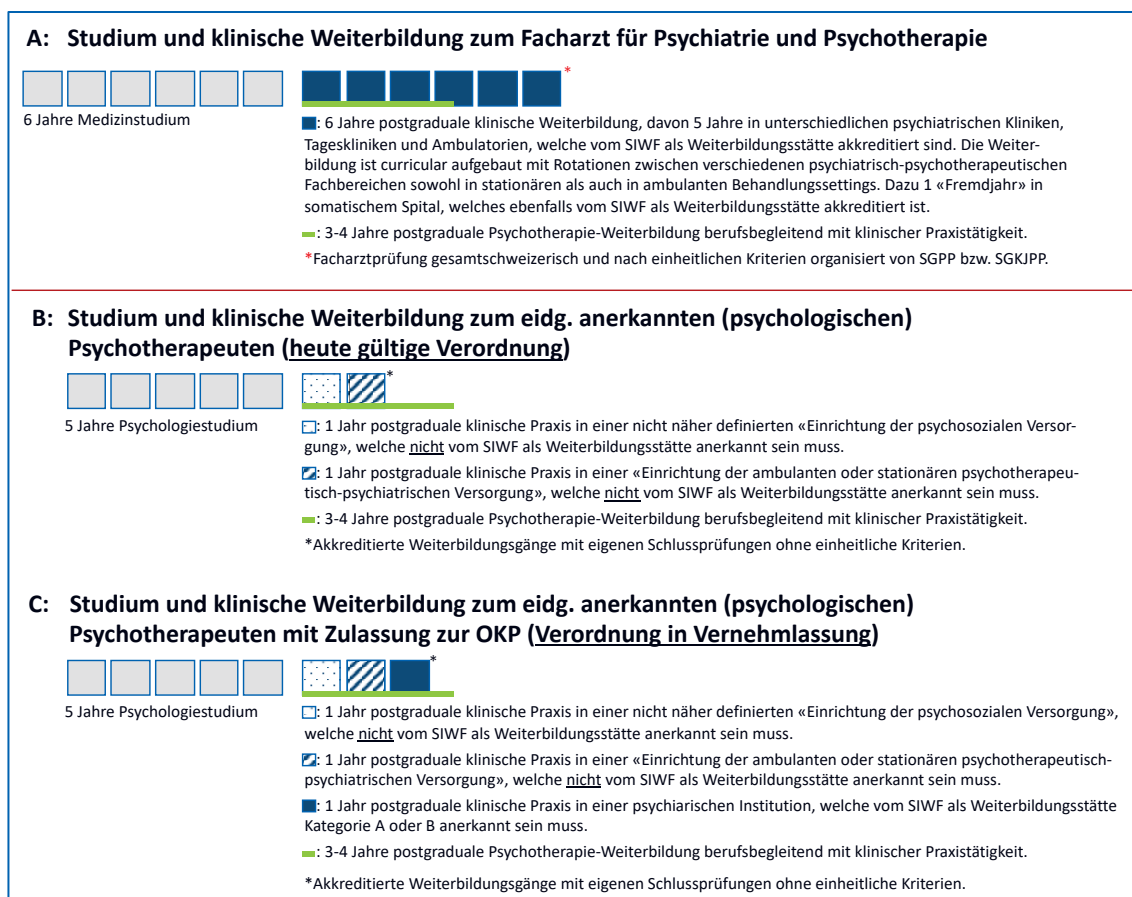


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11. 2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

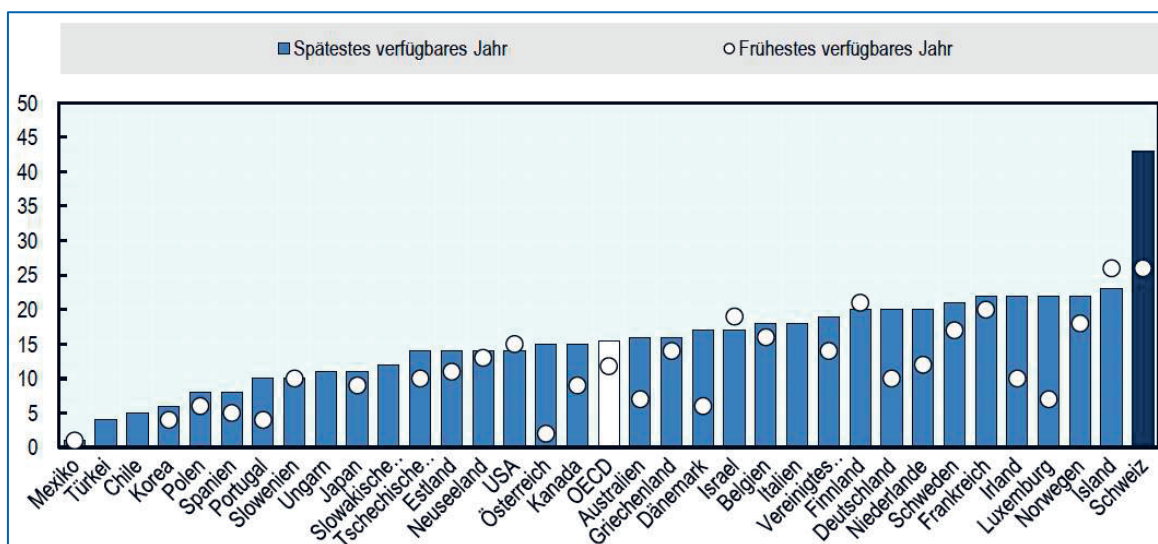


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

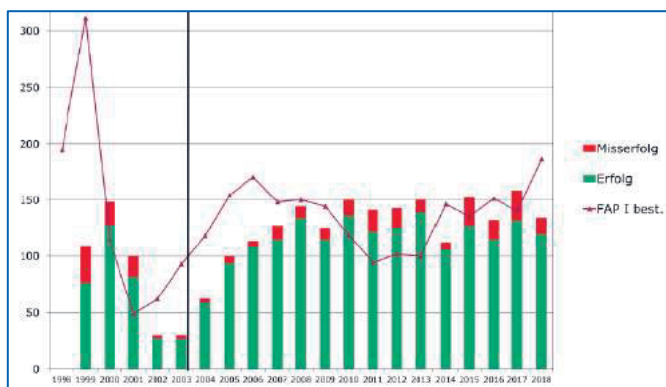


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärzttestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerzttestatistik/fmh-aerzttestatistik.cfm#1131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

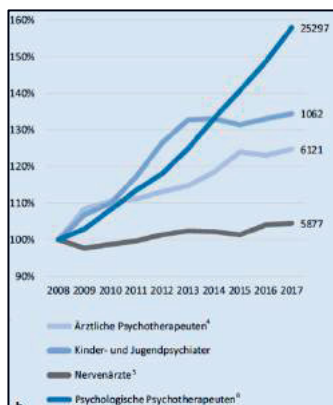


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

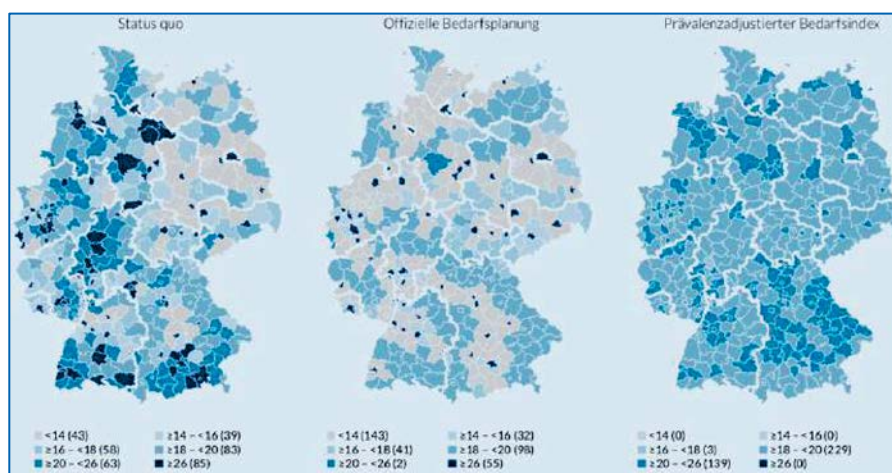


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermaßen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedarf orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungs-gängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharztstiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

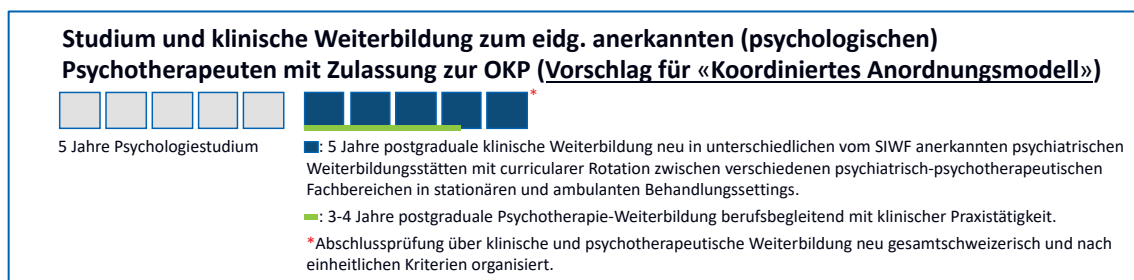


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

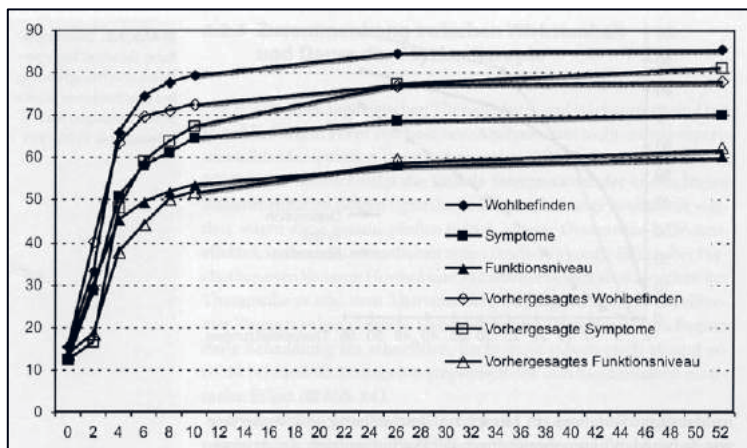


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsystem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsystem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutische Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

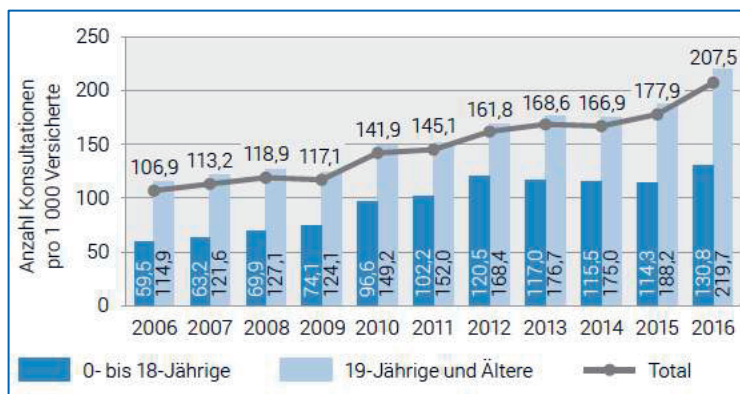


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Ordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

Per E-Mail an:
Leistungen-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Prof. Dr. med. Urs Zumsteg
Chefarzt Ambulante Medizin
Pädiatrische Endokrinologie/Diabetologie

T +41 61 704 29 02
urs.zumsteg@ukbb.ch

Basel, 14. Oktober 2019 sh

Zum Vernehmlassungsentwurf Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Herr Bundesrat

Auf Ihr Schreiben in oben genannter Sache vom 26.06.2019 nehme ich als ärztlicher Leiter einer grossen pädiatrischen Universitätspoliklinik Stellung im Rahmen des von Ihnen eröffneten Vernehmlassungsverfahrens.

Im Interesse der umfassenden Versorgung unserer pädiatrischen Patienten kann ich den Wechsel vom Delegationsmodell zum Anordnungsmodell nur vollumfänglich unterstützen. Der Zugang zu einer kompetenten und qualitativ hochstehenden Psychotherapie kann so erleichtert werden. Immer wieder haben wir im klinischen Alltag Probleme die Patienten bei frei praktizierenden Kolleginnen und Kollegen unterzubringen. Das Bedürfnis ist von Patientenseite zweifellos gegeben. Aktuell muss ein grosser Teil der Behandlungskosten bei fehlender Zusatzversicherung durch die Patienten selbst getragen werden, oft verhindert dies jedoch den Zugang zu qualifizierter Hilfeleistung für Eltern und Jugendliche in ungünstigeren sozioökonomischen Verhältnissen.

Wissenschaftlich ist die Wirksamkeit psychologischer Psychotherapie unbestritten, gerade bei Kindern und Jugendlichen können rein durch Verhaltenstherapien signifikante Verbesserungen belegt werden, auch im präventiven Bereich hat die psychologische Psychotherapie bei somatisch chronisch kranken Jugendlichen einen hohen Stellenwert. Die psychische Co-Morbidität sehen wir in praktisch allen Subdisziplinen der Pädiatrie, bei pädiatrischen Onkologiepatienten haben sich psychoonkologische Angebote innerhalb der Kliniken etabliert, aber auch die zunehmende Anzahl von Patienten mit insulinpflichtigen Diabetes mellitus, mit schweren Epilepsieformen oder auch „nur“ adipöse Kinder und Jugendliche sollten auf ärztliche Zuweisung hin einen niederschweligen Zugang zu psychologischer Psychotherapie erhalten. Nur so können diese Patienten im klinischen Alltag ganzheitlich, resp. umfassend in einem solchen Netzwerk betreut werden. Die Kosten werden dabei vom privaten Bürger und den Zusatzversicherungen zu den Grundversicherungen der Krankenkassen verschoben, sie resultieren aber klar in einer qualitativ besseren und rascheren Patientenversorgung.

Zusammenfassend kann ich den Entwurf zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP aus somatisch ärztlicher Sicht nur unterstützen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'U. Zumsteg'.

Prof. Dr. med. Urs Zumsteg
Chefarzt Ambulante Medizin
Pädiatrische Endokrinologie/Diabetologie

Med. prakt. I.Ulrich
Klosterzelgstr. 7
5210 Windisch

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG						TG
CC						UV
Int	14. Okt. 2019					
RM						
GB						
GeS						ASChem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Windisch, den 09.10.2019

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend

Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

und

Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

³ Quelle in Fussnote⁴, Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.
- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.

- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen. Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. Kostendeckung gewährleisten

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch

verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Ordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Ich lehne Art. 46 g. ab

~~*g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche

klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpont des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich

werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.

2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Veränderungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosser Verwaltungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosser Verwaltungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasssten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Ingo Ulrich

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : med. prakt. Ingo Ulrich

Adresse : Klosterzelgstr. 7

Telefon : 056 556 1983

E-Mail : ingo.ulrich@pdag.ch

Datum : 09.10.2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
I.Ulrich	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehe, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. ○ Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar
--	---

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen. • Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen. • Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerere Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).</p> <p>Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p>
--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i> 	<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>
				<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	
				<p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meine Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Art.50</p>	<p>Abs.1</p>	<p>c</p>	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p>	
			<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> <p>Begründung</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p>	
			<p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Veränderungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			<p>II</p> <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i></p> <p><i>1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG9 gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.</i></p> <p><i>2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</i></p>	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen
				Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen
			<p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab.</p> <p>Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
I. Ulrich	2,3,11	<p><i>Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</i></p> <p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im</p>	<p><i>Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</i></p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p>	
	<p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW- Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p>	
	<p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren</p> <p>Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den MedizinerInnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TAR MED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und</p>	
--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlassten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p>	
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		<p>Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern.</p> <p>(Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).</p>	Siehe Annex
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Natel: +41 79 957 33 53
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+.....	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV.....	Invalidenversicherung
KLV.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV.....	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO.....	Medizinalberufekommission des BAG
MTK.....	Medizinaltarifkommission
MV.....	Militärversicherung
OKP.....	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.....	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM.....	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP.....	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP.....	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC.....	Swiss Mental Health Care
SUVA.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED.....	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS.....	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKIC.....	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	<i>Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen</i>	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	<i>Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz</i>	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?	11
2.3	<i>Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz</i>	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlansätze und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	<i>Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen</i>	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	<i>Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes</i>	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	<i>Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen</i>	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMCH) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

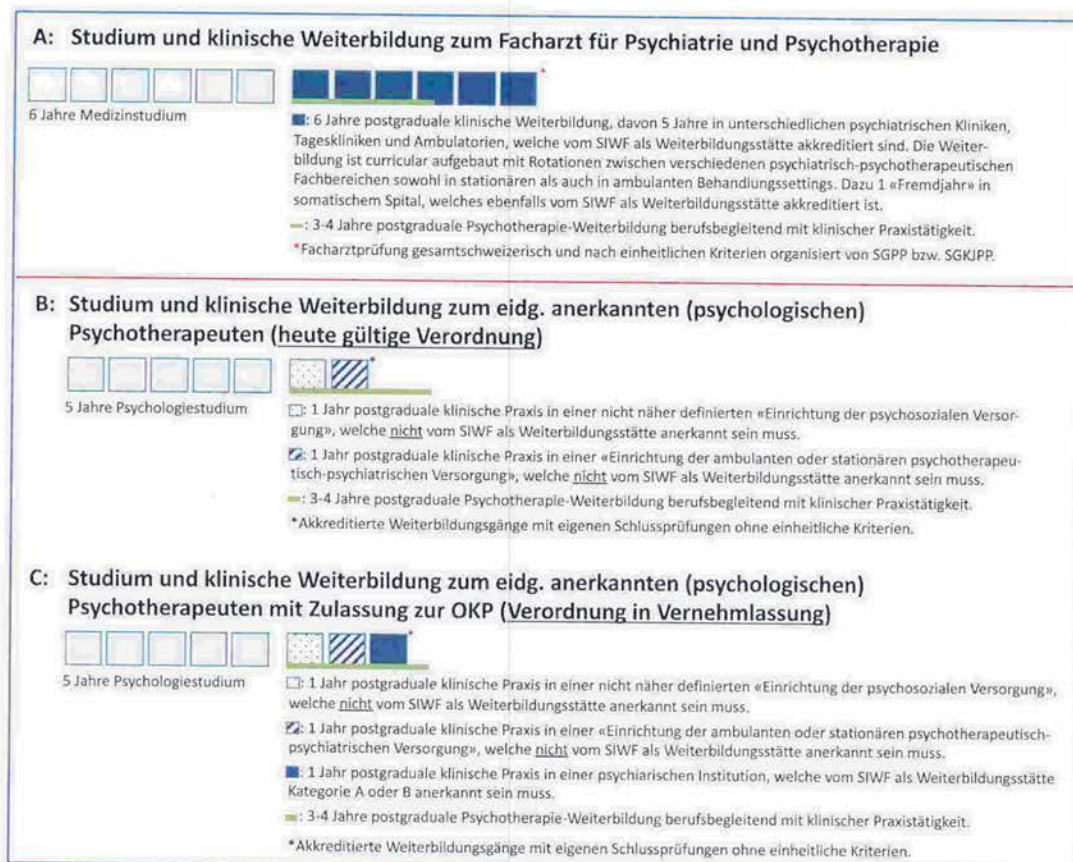


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11.2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärzttestatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

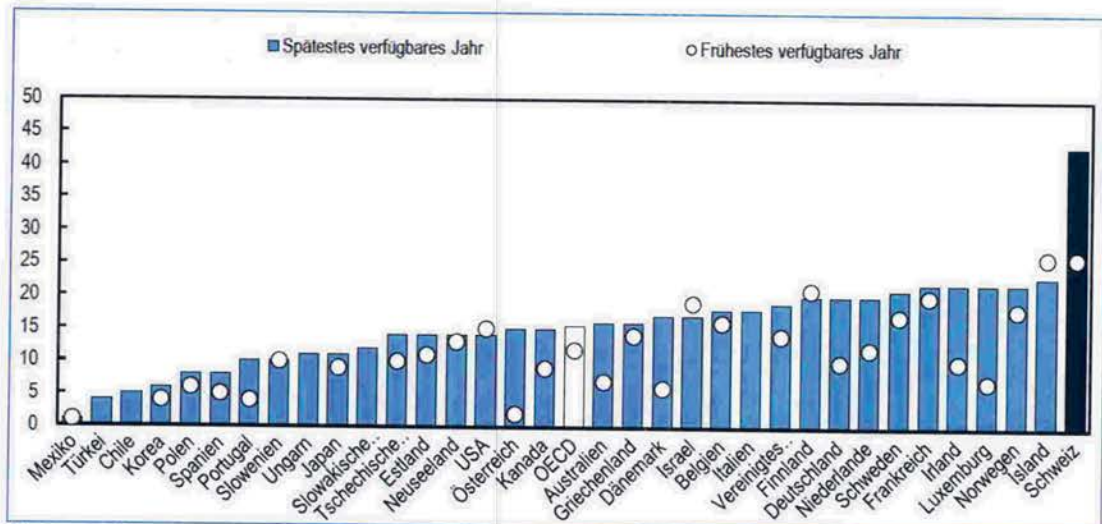


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich – entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ – die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

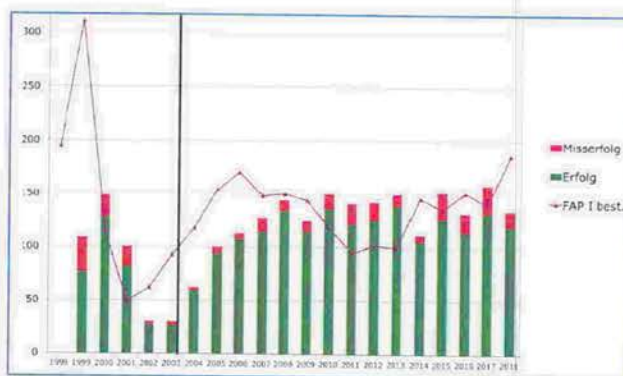


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztstatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztstatistik/fmh-aerztstatistik.cfm#i131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkatégorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

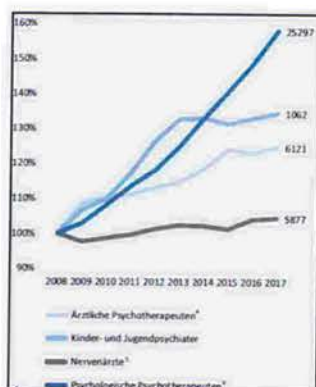


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

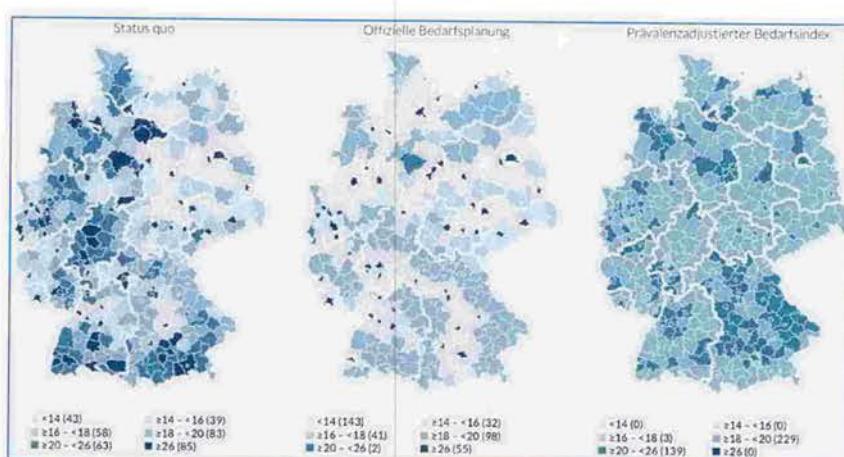


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermaßen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedürfnis orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

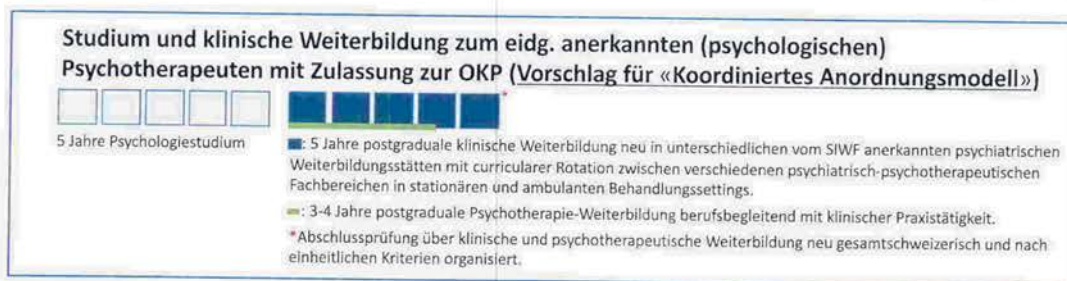


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

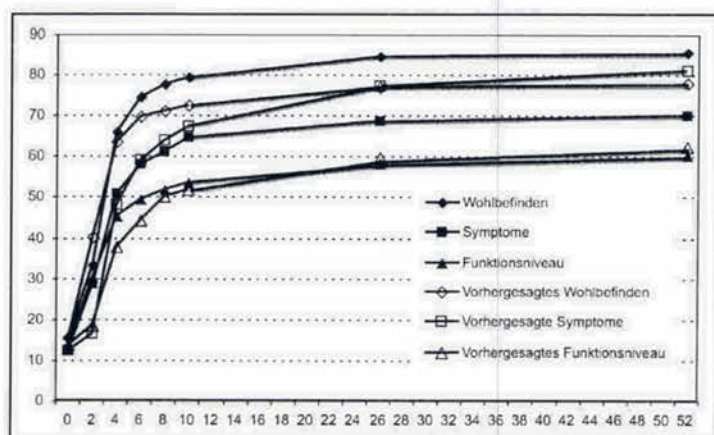


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnenen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutische Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).



Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Verordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Per E-mail: Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch

Bern, 26.09.2019

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

und

Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Die Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Die Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist. Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Ver-

sorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene* psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: **«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.»**

Formal will der Bundesrat mit den Ordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungs-

erbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.

- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungsvorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.
 - Die Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG als Autorin dieser Ver-

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

³ Quelle in Fussnote⁴, Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

nehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).

- Ärzte ohne Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.
- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen

sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologi-

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

schen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶. Das Schweizer System wäre mit den Ordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Wir lehnen Art. 46 g. ab

g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinspsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbstständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab.

Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TAR-MED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TAR-MED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TAR-MED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig,

damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht

nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosser Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TAR MED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmtesten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Stefan Aebi
Vorsitzender der Geschäftsleitung

Beilagen:
SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV.....	Invalidenversicherung
KLV.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	Medizinaltarifkommission
MV	Militärversicherung
OKP.....	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM.....	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP.....	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC.....	Swiss Mental Health Care
SUVA.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?	11
2.3	Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlreize und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulant psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMCH) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

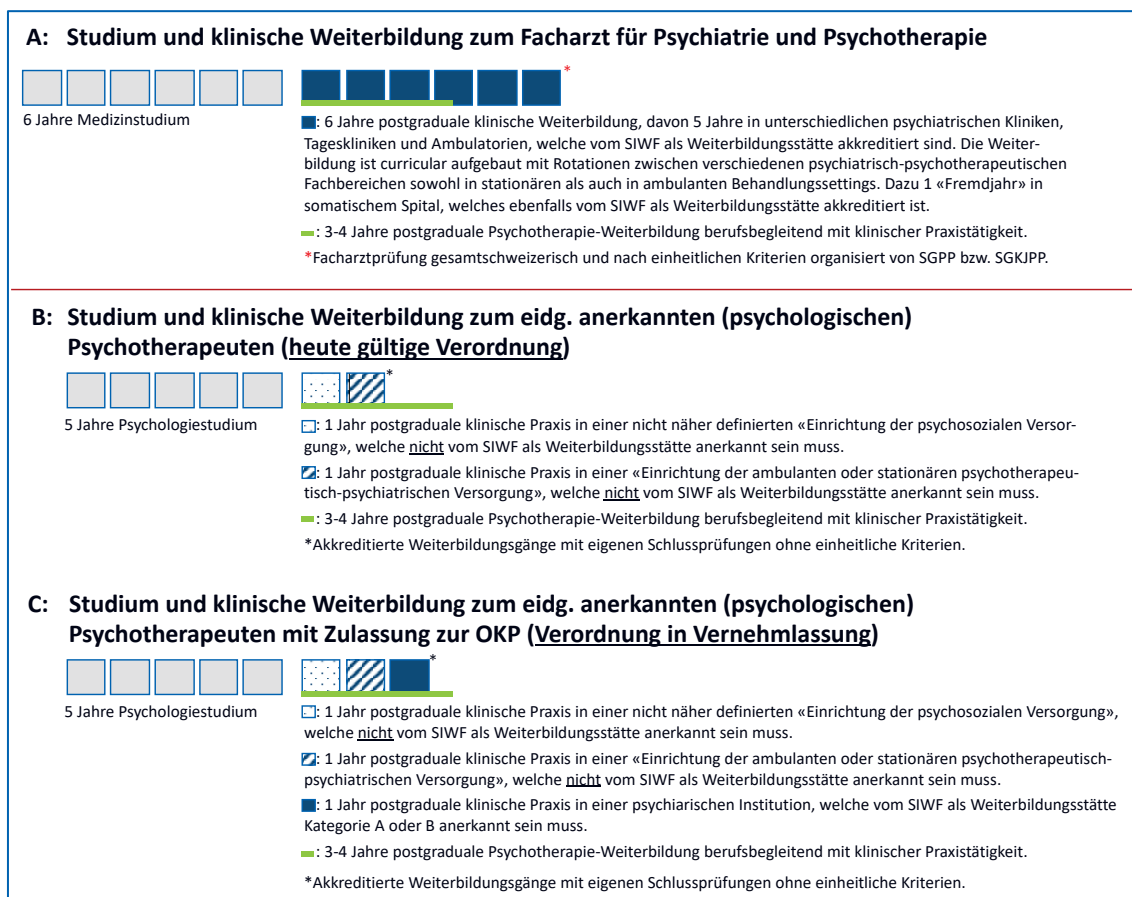


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11.2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

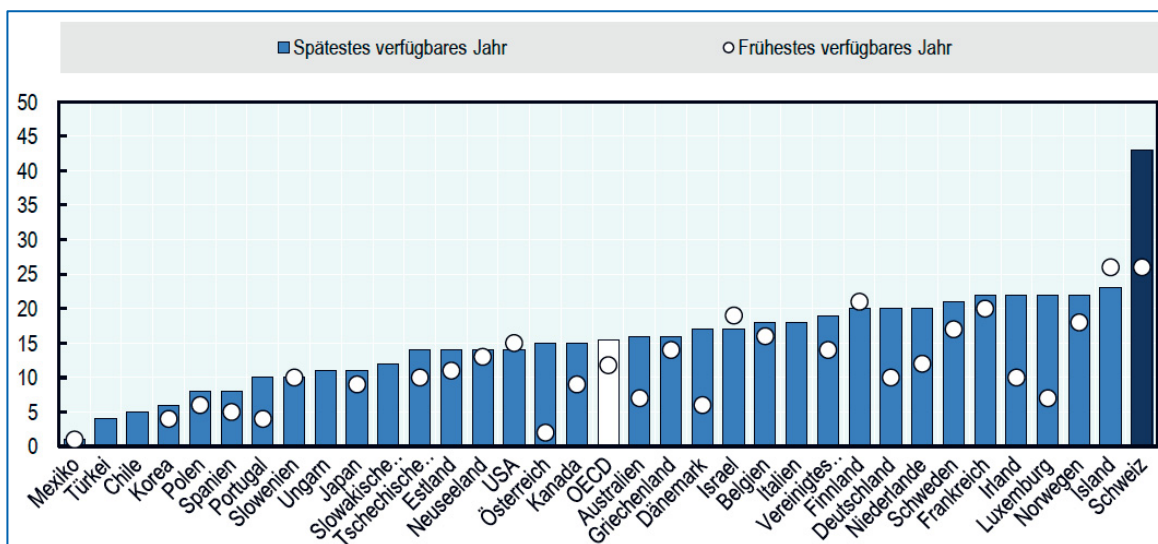


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.



Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärzttestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerzttestatistik/fmh-aerzttestatistik.cfm#1131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

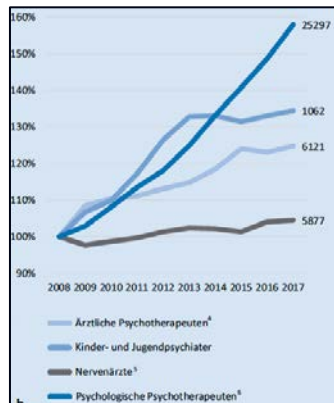


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewegt, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

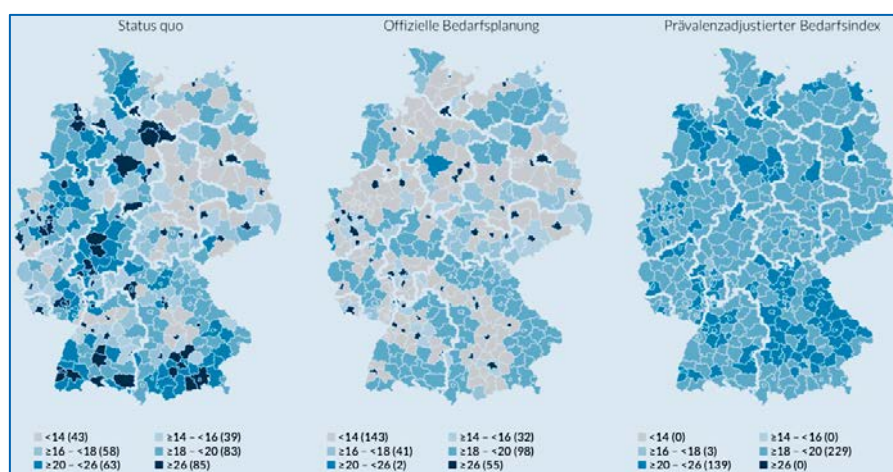


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermaßen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedarf orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

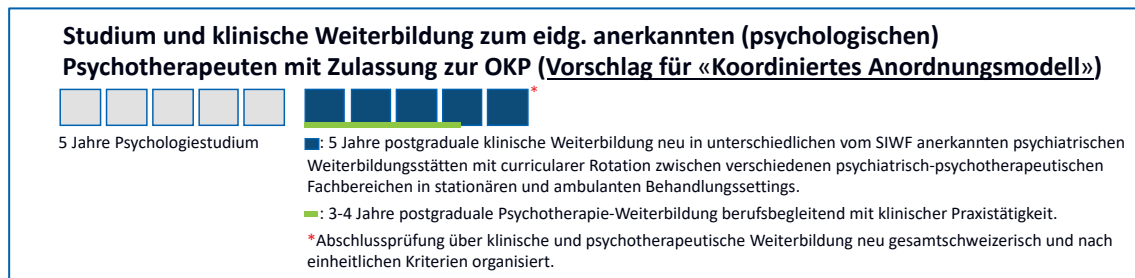


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

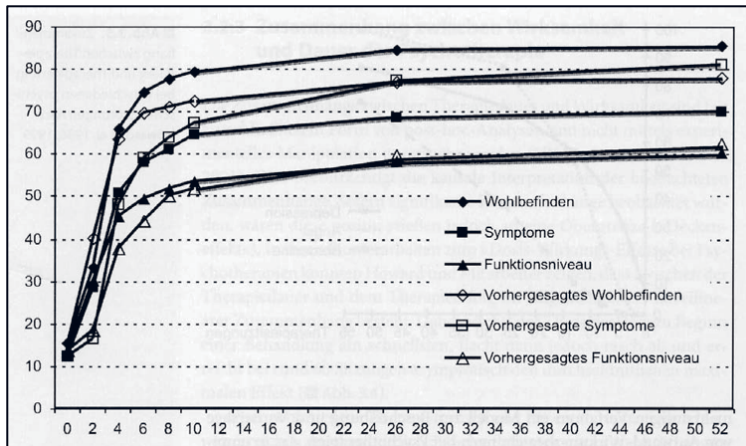


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutische Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

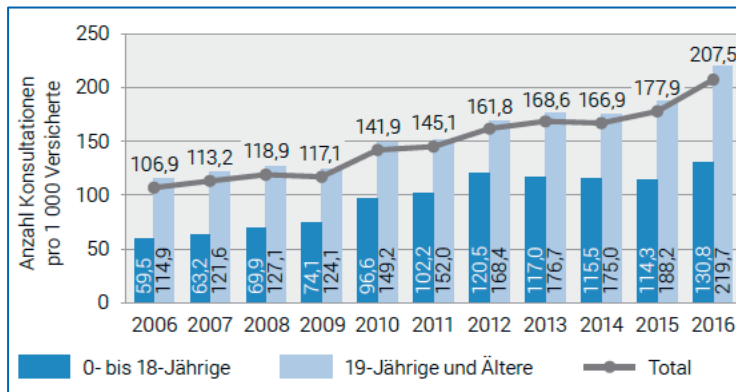


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Ordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG

Abkürzung der Firma / Organisation : UPD

Adresse : Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60

Kontaktperson : Stefan Aebi

Telefon : +41 31 930 95 11

E-Mail : stefan.aebi@upd.ch

Datum : 26. September 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17. Oktober an folgende E-Mail-Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!



Eidgenössisches Departement des Innern
EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Vernehmlassungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	7-35.33
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG						TG
CC						UV
Int	16. Sep. 2019					
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Zürich, 13.09.2019

Ein mehrheitstauglicher Kompromissvorschlag **Vernehmlassungsantwort zur Revision der Verordnungen Psychotherapie**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Anbei (siehe Anlage) eine unkonventionelle und kreative Ansicht zur Neuregelung der Psychotherapie. **Eine, welche sowohl bei den Psychologen wie auch den Psychiatern eine Mehrheit finden dürfte.**

Die beigelegte Stellungnahme wird übrigens demnächst auch in der Schweizerischen Ärztezeitung abgedruckt werden.

In Ergänzung zum Artikel muss grundsätzlich die folgenden Punkte zum Berufsstand der Psychiater festgehalten werden.

1. Es herrscht in der Schweiz ein großer Mangel an Psychiatern. Dank relativ attraktiver Arbeitsbedingungen sind viele Psychiater eingewandert, oft aber mit dem Nachteil einer mehr oder weniger kulturellen Verschiedenheit.
2. Die Tarifanpassungen TARMED, welche 2018 inkraft getreten sind, haben den Psychiatern ungefähr einen Reineinkommensverlust von 10% beschert. In der Einkommensstatistik der Ärzte waren Kinderpsychiater und Psychiater schon vorher das Schlusslicht.
3. **Mit jeder weiteren Maßnahme gegen die aktuellen Arbeitsbedingungen der Psychiater sinkt die Attraktivität dieses Berufes weiter, womit der Mangel weiter verschärft würde.**

Im Hinblick auf die psychiatrische Psychotherapie möchte ich folgendes festhalten:

1. Die aktuelle Limitation der ärztlichen Psychotherapie auf maximal 75 min/Sitzung ist das absolut noch zu vertretende Minimum. Prozessorientierte Psychotherapie braucht mindestens so viel Zeit und diese kann nicht einfach beschleunigt werden und die Patienten können nicht einfach mitten im Prozess auf die Straße gestellt werden. **Mit andern Worten: Eine Limitation auf 60 min Sitzungsdauer ist für**

Zürich, 12.09.2019

Unkonventionelles zur Neuordnung der Delegierten Psychotherapie

Die Neuordnung der kassenpflichtigen Psychotherapie wird zwischen Ärzten und Psychologen kontrovers diskutiert. Hier ein Beitrag, welcher Altbewährtes und Neues zusammenführt.

Seit knapp 25 Jahren arbeiten delegierte Psychologen in meiner Praxis. Im Gegensatz zur schlechten Presse, welche man uns gerne angedichtet, arbeiten sie zu durchaus guten Konditionen. Ja, wir sind ein Team, machen auch regelmäßig Intervision, wo wir schwierige Klienten diskutieren. Über die Diskussion der Neuordnung der Psychotherapie bin ich nicht sonderlich erfreut. Dies nicht aus dem Grunde, weil ich den Psychologen einen selbstständigen Status verweigern möchte, sondern vor allem deshalb, weil man scheinbar das alte Modell neben dem neuen nicht weiterführen will und damit möglicherweise das Kind mit dem Bade ausschüttet. Tatsächlich ist es so, dass viele Gründe für eine mögliche Selbstständigkeit der Psychologen sprechen, es aber andererseits kaum echte Gründe gibt, warum Psychiater und Psychologen nicht weiterhin wie bis anhin bei der Delegierten Psychotherapie zusammenarbeiten sollen. Ganz im Gegenteil. Es gibt eine Menge Gründe welche dafür sprechen.

- Das Modell der Delegierten Psychotherapie hat sich während Jahren gut bewährt und wird von Kliniken und Ambulatorien auch fraglos weitergeführt werden. Die aktuellen Engpässe in der Psychotherapie sind vor allem dem Mangel an Psychiatern geschuldet und damit auch am Mangel entsprechenden Stellenangeboten, was dann in seltenen Fällen zu schlechten Arbeitsbedingungen der angestellten Psychologen führen mag. Allerdings findet man in der Presse nicht selten völlig unrealistische Zahlen, was denn ein fairer Lohn sei. Je nach Kostenlage wird der Nettolohn eines Psychologen kaum viel mehr als etwa 52% der abgerechneten Leistungen ausmachen können. Der Mangel an Psychiatern übrigens ist, wie wir wissen, unserer Gesundheits- und Bildungspolitik zu verdanken. Seit Jahren bildet die Schweiz zu wenige Ärzte aus und die Psychiater sind trotz vieler kostspieliger Fortbildungsjahre die am schlechtesten verdienenden Ärzte. Und dies mit fallender Tendenz: So hat uns Psychiatern der neue TARMED von 2018 eine geschätzte Einkommensminderung von knapp 10% beschert und die offenbar vom BAG aktuell angedachten Maßnahmen, laufen erneut in dieselbe Richtung.
- Die Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Psychologen war und ist sowohl im stationären wie auch im ambulanten Setting sinnvoll. Den Psychologen fehlen immer

Grundversicherung gedeckte Psychotherapieform zu ergänzen. Das hat etwa den Vorteil, dass Psychologen nicht mehr zu schlechten Konditionen in der Praxis eines Psychiaters arbeiten müssen. (Sie werden es aber weiterhin während ihrer Ausbildung in den Kliniken tun!) Sollte es tatsächlich im hier beschriebenen Sinne zu zwei parallelen Systemen kommen, so muss dabei aber klar sein, dass bei einer raschen Mengenausweitung im neuen (Anordnungs-)System dieses selber und nicht die delegierte Psychotherapie die Folgen davon tragen sollte. Ebenso gibt es keine Gründe, warum für die delegiert arbeitenden Psychologen nun plötzlich eine höhere Frequenz von Berichten oder Therapieanträgen gelten soll, hat sich doch für sie nichts geändert und arbeiten sie doch eng kompetenten Psychiatern zusammen und unterliegen somit einer stärkeren und kompetenteren Aufsicht, als die frei praktizierenden Kollegen. Dass eine erhöhte Berichtsfrequenz etwa gar noch für die Psychiater gelten sollte, wäre noch mehr aus der Luft gegriffen und für unseren Berufsstand völlig inakzeptabel. **Es kann und darf nicht angehen, dass die Psychiater die negativen Folgen einer Mengenausweitung zu tragen haben, welche sie nicht verursacht haben und auch nicht wesentlich beeinflussen können.**

Obwohl sich das System der Delegierten Psychotherapie über Jahrzehnte hinweg bewährt hat, ist in der aktuellen Diskussion kaum jemand auf die Idee gekommen, dieses System nicht einfach abzuschaffen, sondern es lediglich der Gerechtigkeit und der besseren Versorgung wegen durch ein zweites paralleles Modell zu ergänzen. Genau dafür möchte ich eintreten, was im Übrigen auch so etwas wie einen (gut eidgenössischen) Kompromiss darstellt.

Dr. med. Urs Dudle
Psychiater in Zürich

(Dieser Artikel darf unter Nennung der Autorenschaft als Gesamtes oder in Auszügen als korrekt ausgewiesene Zitate ohne Rückfrage weiterverbreitet werden)

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Einzelperson

Abkürzung der Firma / Organisation : Einzelperson

Adresse : Widenstrasse 49

Kontaktperson : Dr. med. Urs Schuler

Telefon : +41 76 441 20 60

E-Mail : ursschuler@hotmail.com

Datum : 15. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17. Oktober an folgende E-Mail-Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Error! Reference source not found.Dr. med. Urs Schuler</p>	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Ordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<p>quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. ○ Es ist zu betonen, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit
--	--

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).

- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.
- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p>
	<p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ol style="list-style-type: none">1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found.	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i> 	<p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>
				<p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	
				<p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art.50</p>	<p>Abs.1</p>	<p>c</p>	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharztstitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Veränderungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p>	
Error! Reference			II	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

source not found.			<p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i> 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen. 2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p>	
	<p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p>			
	<p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute</p>			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.	
Error! Reference source not found.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Dr. med. Urs Schuler	2,3,11	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.
		<p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): <i>«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».</i> Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: <i>«Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</i></p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW- Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p>	
		<p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosser Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den MedizinerInnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlassten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.</p> <p>Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

**Dr. med. Urs Schuler
Widenstrasse 49
6317 Oberwil bei Zug**

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Bern, 15. Oktober 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten
Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.
Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu
verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die
vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «**In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet.** Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Es ist zu betonen, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerere Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im**

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche

psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in

Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparsbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsysteem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Wir lehnen Art. 46 g. ab

~~*g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*~~

Begründung

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- | |
|--|
| <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |
|--|

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED

Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.

2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TAR MED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmtesten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.


Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. med. Urs Schuler

Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

vaka
Gesundheitsverband Aargau
Laurenzenvorstadt 11
5000 Aarau

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Krankenversicherung
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Aarau, 08. Oktober 2019

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31);

Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erlauben wir uns wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Allgemeine Bemerkungen

Wir stimmen den Entwürfen für die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der vorliegenden Form nicht zu. Die vorgesehene Neuregelung führt damit im Vergleich zur heutigen Regelung zu einer qualitativen Verschlechterung der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen.

Die vorgesehene Regelung der KVV und der KLV beinhaltet folgende Mängel:

- Die vorgesehene Dauer der klinischen Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutischen-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation, unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nach Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, ist

für die Behandlung von Menschen mit komplexen, schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen unzureichend.

- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen nicht über ausreichende Kenntnisse, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und entsprechend auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen.

Gemäss der geltenden Regelung sind Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie in den Praxisräumen des Arztes unter seiner direkten Aufsicht tätig. Der delegierende Arzt trägt die Verantwortung für die fachliche Qualifikation des Psychotherapeuten und auch für dessen Tätigkeit. Dies setzt voraus, dass der delegierende Arzt über ein Mindestmass an beruflichem Spezialwissen im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie verfügen muss. Im Ergebnis bedeutet dies, dass psychotherapeutische Behandlungen in aller Regel von Ärzten mit einem Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, mindestens jedoch mit einem Fähigkeitsausweis Delegierte Psychotherapie delegiert werden und darüber hinaus, durch die räumliche Nähe die Supervision niederschwellig gewährleistet werden kann.

Mit der vorgesehenen Neuregelung trägt der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die von ihm angeordnete Behandlung der Patienten durch psychologische Psychotherapeuten. Die angeordneten therapeutischen Tätigkeiten entziehen sich auch der Kontrolle des anordnenden Arztes, wenn sie durch den Psychologen in eigener Praxis erbracht werden.

Anträge zur Anpassung der in der Vernehmlassung vorgesehenen Änderungen der KVV und KLV

Damit die bundesrätliche Zielsetzung, die Grund- und Spezialversorgung von psychisch erkrankten Menschen mit einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsmodell qualitativ nachhaltig zu verbessern, realisiert werden kann, sind folgende Anpassungen der in der Vernehmlassung vorgesehenen Änderungen der KVV und KLV notwendig:

- Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber wenn indiziert gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV).
- Im Sinne des durch den Bund angestrebten niederschweligen Zugangs zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen sollen Ärzte der erweiterten Grundversorgung, das heisst Ärzte mit einem Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) im Sinne einer psychotherapeutischen Kurzintervention bis zehn Therapiestunden bei einem psychologischen Psychotherapeuten anordnen können (Antrag zu Art. 11b Abs. 1 lit a und Abs. 2 KLV).
- Bei komplexen schweren psychischen Erkrankungen, die offensichtlich mehr als zehn Therapiesitzungen erfordern, soll im Interesse der Indikationsqualität bereits zu Beginn oder mindestens nach dieser maximal zehn Sitzungen dauernden

psychotherapeutischen Kurzintervention die Diagnose und die darauf basierende Anordnung psychologischer Psychotherapie durch einen Arzt mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie oder in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen. Damit lassen sich Fehldiagnosen, Fehlindikationen, Fehlversorgungen mit Risikoselektion, Mengenzunahmen und Kostensteigerungen vermeiden.

- Ebenso soll im Interesse der Qualitätssicherung (Vermeidung von Fehldiagnosen, Fehlindikationen und Fehlversorgungen) bei Weiterbestehen des psychischen Problems nach zehn Therapiesitzungen, welche durch einen Arzt mit einem Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin oder einen Arzt mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) angeordnet waren, die Anordnung von weiteren Therapiesitzungen durch einen Arzt mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie oder in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen (Antrag zu Art. 11b Abs. 1 lit. b, Abs. 3 und 5 KLV).

2. Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Art. 50c Abs. 1 lit. c

Antrag

Wir beantragen Ihnen, folgende Anpassungen aufzunehmen:

- c. nach Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **fünf Jahren** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen **Institution** unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Begründung

Die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater unterscheiden sich nach der vorgeschriebenen Aus- und Weiterbildungszeit in Grundausbildung sowie in ihrem Erfahrungswissen und ihrer klinischen Kompetenz erheblich.

Psychologische Psychotherapeuten absolvieren ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren ein sechsjähriges Medizinstudium mit Staatsexamen in Humanmedizin und anschliessend eine umfangreiche klinische Weiterbildung, bestehend aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit. Dabei werden fünf Jahre in vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) als Weiterbildungsstätten anerkannten psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital absolviert. Während dieser Weiterbildungszeit lernen sie, psychiatrische und körperliche Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis auch, die

obligatorischen Notfall-| Nacht-| Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem lernen sie bereits im Medizinstudium umfassend pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig. Diese pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten sind für die Behandlung von vielen psychisch Kranken sehr wichtig und für die Behandlung von psychisch schwereren und komplex kranken Menschen unerlässlich. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigem wissenschaftlichen Fortschritt rasch weiter und setzt theoretisches medizinisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung von Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen oder etwa mit sogenannter Therapieresistenz, bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter. Die Psychiater haben somit eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung und klinische Praxis im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits in hohem Prozentsatz mit psychischen Erkrankungen einhergehen. Zudem haben sie umfassende praktische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen und daher über Psychotherapie im engeren Sinne als alleinige Behandlungsform deutlich hinausgehen.

Aus fachlichen Gründen, das heisst aufgrund der Lernziele und des Umfangs der Aus- und Weiterbildung, ist es gegenwärtig nicht möglich, dass psychologische Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbstständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie im engeren Sinne hinausgeht und auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen beinhalten muss.

Die für die Zulassung von psychologischen Psychotherapeuten zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 50c Abs. 1 lit. c des Entwurfs zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie verlangte klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SWIF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B) ist unzureichend. Damit kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharztstiteln (Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Vernehmlassungsentwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, insbesondere auch für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie, wo beispielsweise ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

Damit psychologische Psychotherapeuten diese schwierigen, komplexen Fälle, häufig verbunden mit psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, behandeln und zum Teil selbstständig betreuen können, sind die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im klinischen Bereich der psychischen Erkrankungen zwingend deutlich zu erhöhen. Psychologische Psychotherapeuten sind durch eine entsprechende klinische Weiterbildung zu befähigen, auch mit schwereren und komplexen psychischen Erkrankungen umzugehen. Damit dies erreicht werden kann, ist die Dauer der klinischen postgradualen Weiterbildung in SWIF-anerkannten psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten von einem Jahr gemäss dem Verordnungsentwurf auf fünf Jahre zu erhöhen. Die postgraduale Weiterbildung der Psychologen sollte sich dabei analog zu den Assistenzärzten aus einem klinischen Curriculum ähnlich demjenigen für Assistenzärzte in

Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zusammensetzen, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und über die gesamte Lebensspanne vertraut gemacht werden. Diese Regelung erlaubt es auch psychologische Psychotherapeuten in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen. Im Übrigen muss sie für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Psychologen, die schon längere Zeit in psychiatrischen Institutionen gearbeitet haben, zeigen bereits heute mit ihrer in den psychiatrischen Institutionen erworbenen Fachkompetenz, dass sie fähig sind, viele Aufgaben bei der Versorgung schwer kranker Patienten in enger Kooperation mit der Psychiatrie zu übernehmen.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

Antrag

Die Absätze 1 und 2 sind ersatzlos zu streichen.

Begründung

Gemäss der vorgesehenen Übergangsbestimmung müssen Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung bereits über eine kantonale Bewilligung zur privatwirtschaftlichen Ausübung der Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung nach Artikel 22 PsyG verfügen, die Anforderung der klinischen Erfahrung nach Art. 50c Abs. 1 lit. c nicht erfüllen (Abs. 1). Im Weiteren sind auch Personen zugelassen, die bei Inkrafttreten der neuen Regelung bereits eine nach Art. 49 Abs. 3 PsyG gültige kantonale Bewilligung haben. Diese müssen gemäss der vorgesehenen Übergangsbestimmung die Anforderungen nach Art. 50c Abs. 1 lit. c ebenfalls nicht erfüllen (Abs. 2).

Die Zulassung der Personen gemäss den Abs.1 und 2 zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, ohne dass sie über die in Art. 50c Abs. 1 lit. c dafür verlangte klinische Erfahrung verfügen, steht im eklatanten Widerspruch zu der mit der Neugestaltung der Neuregelung angestrebten Verbesserung und Förderung der Qualität in der psychologischen Psychotherapie (siehe Seite 9 des erläuternden Berichts zur Vernehmlassung). Die voraussetzungslose Zulassung der Personen gemäss den Abs. 1 und 2 zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entbehrt jeglicher sachlicher Notwendigkeit. Der erläuternde Bericht enthält denn auch auf der Seite 16 keine Begründung zur vorgesehenen voraussetzungslosen Zulassung der Personen gemäss den Abs. 1 und 2 zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

3. Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Art. 3

Antrag

Wir beantragen Ihnen, Art. 3 wie folgt zu formulieren:

Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer:

- a. bei Erwachsenen: von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.

- b. Bei Kindern und Jugendlichen: von bis zu 90 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 105 Minuten bei Familien- und Gruppensitzungen.

Artikel 3b bleibt vorbehalten.

Begründung

a) Anzahl Sitzungen

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen bei den Psychiatern ohne Zustimmung des Vertrauensarztes führt dazu, dass Psychiater, welche heute bereits die schwereren komplexeren Fälle behandeln, für ihren entsprechenden Aufwand – wenn der Vertrauensarzt der Verlängerung nicht zustimmt – noch schlechter abgegolten werden als dies heute der Fall ist (siehe dazu die Ausführungen unter der Ziffer 5: Verbesserung der Abgeltung der Behandlungskosten von psychisch schwer kranken Menschen) und damit ein Anreiz gesetzt wird, anstelle von schwereren, leichtere besser abgegoltene Fälle zu behandeln. Mit anderen Worten: Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von 40 auf 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen bei den Psychiatern fördert, da eine Fortsetzung der Psychotherapie bereits nach 30 Sitzungen von einer (ungewissen) Zustimmung des Vertrauensarztes abhängig ist, eine Risikoselektion und damit eine Fehlversorgung zu Lasten von psychisch schwer kranken Menschen.

b) Dauer der Sitzungen bei Kindern und Jugendlichen

Die vorgesehene Dauer der Abklärungs- und Therapiesitzungen ist bei Kindern und Jugendlichen unzureichend. In der Kinder- und Jugendpsychotherapie sind für die stärker in Systemen vernetzte Arbeit längere Sitzungszeiten notwendig. Für die maximale Dauer sollte deshalb unbedingt die heutige Regelung von 90 Minuten für Einzelsitzungen und von 105 Minuten für Familiensitzungen beibehalten werden.

Folgende Aspekte können für Kinder und Jugendliche längere Sitzungsdauern erfordern:

- Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist der Miteinbezug von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld in der Regel zwingend notwendig. "Die kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote richten sich nach dem Grundsatz der koordinierten Versorgung. Sie sind über den eigenen Fachbereich hinaus vernetzt und beruhen auf interdisziplinärer Zusammenarbeit. An den vielfältigen Schnittstellen ist eine sachgerechte Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter anderem mit der Pädiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, Sozialpädagogik, Bildungswesen und sozialem Umfeld der Patienten sichergestellt." (Auszug aus: Strategische Leitsätze für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich, Juni 2014).
- Der Aufbau der notwendigen therapeutischen Beziehung im Kindes- und Jugendalter gestaltet sich unter anderen Bedingungen als im Erwachsenenalter und ist zeitaufwändiger. Der Vertrauensaufbau muss sowohl auf einer Setting- und Strukturebene der Therapie als auch einer Ebene von unbewussten und bei Kindern und Jugendlichen nur eingeschränkt explizit thematisierbaren Aspekten beruhen.
- Die im Kinder- und Jugendalter akzelerierten neurobiologischen Reifungsprozesse erfordern von den Fachpersonen im Therapieverlauf einen differenzierten Umgang mit der sich immer wieder neugestaltenden Beziehungsdynamik. Dieser entwicklungspsychologischen Tatsache ist Rechnung zu tragen.
- Spezielle Kinder- und Jugendpsychotherapieformen wie Gruppenangebote, erlebnisorientiertes Arbeiten, Spieltherapien etc. brauchen einen entsprechenden Zeitrahmen.

- In den Übergängen vom Jugend- ins Erwachsenenalter sind zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie erhöhte Koordinationsleistungen nötig. Diesen transitionspsychiatrischen Aspekten muss in der koordinierten Behandlung ebenfalls Beachtung geschenkt werden.

Art. 3b

Antrag

Wir beantragen Ihnen, Art. 3b unverändert zu belassen.

Begründung

Wir verweisen zur Begründung auf die Ausführungen in der Begründung zum Antrag beim Artikel 3.

Art. 11 b Abs. 1

Antrag

Wir beantragen Ihnen, Litera a und b wie folgt zu formulieren:

- a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, einschliesslich dem altrechtlichen Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin, in Neurologie, in Gynäkologie und Geburtshilfe, (.....), (.....), in Kinder und Jugendmedizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis "Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM)" der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;
- b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie oder in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Art. 11b Abs. 2

Wir beantragen Ihnen, Abs. 2 wie folgt zu formulieren:

Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens **10** Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.

Art. 11b Abs. 3

Wir beantragen Ihnen, Abs. 3 wie folgt zu formulieren:

Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung **pro ärztliche Anordnung die Kosten für** höchstens **30** Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.

Art. 11 Abs. 5

Wir beantragen Ihnen, Abs. 5 wie folgt zu formulieren:

Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe **b** nach 30 Sitzungen fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Art. 3b sinngemäss anwendbar; der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin.

Begründung zu den vorstehenden Anträgen

Wir begründen unsere Anträge zu Art. 11b Abs. 1, Art. 11b Abs. 2, Art. 11b Abs. 3 und Art. 11b Abs. 5 wie folgt:

- Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.
- Im Sinn eines erleichterten Zugangs zu einer psychotherapeutischen Kurzintervention sollen, die in Litera a aufgeführten Ärztinnen und Ärzte der erweiterten Grundversorgung eine auf zehn Sitzungen beschränkte psychologische Kurzintervention anordnen können.
- Wenn die psychologische Kurzintervention nach zehn Sitzungen nicht abgeschlossen werden kann, ist davon auszugehen, dass es sich um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handelt. In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nochmals geprüft und allenfalls neu gestellt werden.
- Diese differenzierte Zweiteilung der Anordnungsbefugnis ermöglicht, dass Personen mit weniger komplexen, leichteren psychischen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressiven Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und unkompliziert psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

Die nachstehende Abbildung zeigt die Therapiewirkung einer Psychotherapie.

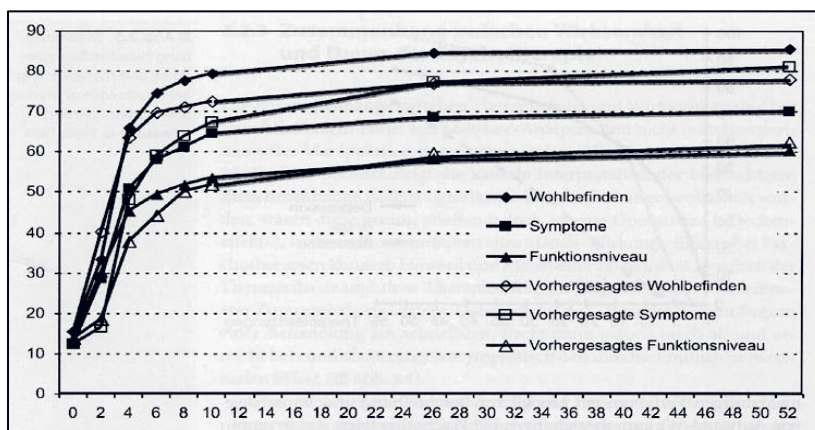


Abbildung 2: Therapiewirkung einer Psychotherapie (Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. Tübingen: dgvt-Verlag)

Die Abbildung zeigt, dass die Therapiewirkung einer Psychotherapie während der ersten zehn Stunden am grössten ist und anschliessend abflacht. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung

erzielt, muss daher die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

4. Weitere Anträge

4.1 Finanzierung der Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten in Spitälern, Kliniken und analogen Einrichtungen

Antrag

Die im Kapitel 02.02 abgebildeten Leistungen der intermediären Psychiatrie (institutionelle Ambulanz, Tagesklinik, Home Treatment u.) müssen zwingend im TARMED verbleiben und zu Lasten der OKP abgerechnet werden können, weil sie immer unter ärztlicher Endverantwortung erbracht werden und auch in rechtlicher Hinsicht so behandelt werden (z.B. bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht).

Begründung

Ohne Beibehaltung des Kapitels 02.02 ist zu befürchten, dass Leistungen von in Spital- und Klinikambulatorien tätigen psychologischen Psychotherapeuten, welche die Zulassungsvoraussetzungen zur OPK nicht erfüllen, wie auch Leistungen von Psychologen, die sich in einer Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten befinden oder nach Erlangung des Weiterbildungstitels die für die Zulassung zur OPK erforderliche klinische Erfahrung in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen entsprechenden Institution erwerben, nicht mehr zu Lasten der OPK abgerechnet werden können, womit deren Finanzierung und damit letztlich auch deren Anstellung in den Spitälern und Kliniken erschwert wenn nicht gar verunmöglicht wird. Zumindest faktisch findet in diesen Fällen die Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten weiterhin auf Delegationsbasis statt.

4.2 Regelung der Zusammenarbeit zwischen psychologischen Psychotherapeuten und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis

Antrag

Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis ist im Sinne der interdisziplinären Versorgung und zur Sicherstellung der Wahrnehmung der zentralen Behandlungsverantwortung der anordnenden Fachärzte verbindlich zu regeln.

Begründung

Psychiater beziehen bei ihren diagnostischen Überlegungen ergänzend zum psychischen auch den körperlichen Zustand mit ein. Ihre Kompetenz in den bio-psycho-sozialen Dimensionen psychischer Krankheiten befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch-psychotherapeutisch zu behandeln. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne, die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie (siehe Faktenblatt Psychologieberufe des BAG vom 26. Juni 2019).

4.3 Inkrafttreten der Verordnungsänderungen

Antrag

Die Verordnungsänderungen sind frühestens auf den 1. Januar 2022 in Kraft zu setzen.

Begründung

Im erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage finden sich keine Ausführungen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen. Da das Gesundheitsberufegesetz vom 30. September 2016 gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage voraussichtlich am 1. Januar 2020 in Kraft treten wird, ist nicht auszuschliessen, dass die Absicht besteht, die Verordnungsänderungen ebenfalls auf diesen Zeitpunkt in Kraft treten zu lassen.

Die Verordnungsänderungen bedingen sowohl in den Spitälern, Kliniken und analogen Einrichtungen als auch bei den delegierenden Ärzten umfassende administrative und organisatorische Anpassungen, die einige Zeit in Anspruch nehmen. Ebenso sind vor Inkrafttreten die Tarifstruktur für die psychologische Psychotherapie zu erarbeiten und gestützt darauf Tarifvereinbarungen abzuschliessen.

4.4 Frühzeitige Durchführung einer Wirkungsanalyse

Antrag

Die erste Bestandesaufnahme ist ein Jahr nach Inkrafttreten der Verordnungsänderungen durchzuführen.

Begründung

Es ist sicherzustellen, dass die Auswirkungen der Änderung der Verordnungen hinsichtlich Zielerreichung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert werden. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 des Kommentars zu den Verordnungsänderungen) ist deutlich zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit allfällige negative Auswirkungen der Neuregelung wie Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden können.

Allfällige durch die Neuregelung verursachte Kostensteigerungen aufgrund von Mengenausweitungen bedingte Sparmassnahmen dürfen nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen und schweren psychischen Erkrankungen, die einen hohen Behandlungsaufwand erfordern, führen.

5. Weitere Anliegen

Verbesserung der Abgeltung der Behandlungskosten von psychisch schwer kranken Menschen

Anliegen

Durch eine entsprechende Ausgestaltung des TARMED-Tarifsystems muss sichergestellt werden, dass die niederschwellige fachärztliche Krisenintervention, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, kostendeckend abgegolten werden. Analog zu den etablierten TARPSY- und DRG-Systemen muss auch der Schweregrad der Krankheit berücksichtigt werden, sofern er die für die Behandlung notwendige Leistung beeinflusst. Dafür bietet sich etwa das PCCL-System (Patient Clinical Complexity Level) an, welches die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbildet. Diese Leistungen sind zum Teil heute unter dem Titel

„Integrierte Psychiatrisch Psychotherapeutische Behandlung“ (IPPB) beschrieben und sollten tariflich bezüglich Kostendeckung überprüft werden.

Begründung

Der reine Zeittarif im TARMED entschädigt die Mehraufwände für psychisch schwerkranke Patienten ungenügend (insbesondere ungedeckte sogenannte "Leistungen in Abwesenheit des Patienten" [LAP]). Diese sind in der Regel aufgrund ihrer Erkrankung weniger zuverlässig, erscheinen oft nicht zu vereinbarten Terminen, weisen eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Leistungen in Abwesenheit des Patienten, welche nur begrenzt und insbesondere bei der Behandlung Schwerkranker in ungenügendem Mass verrechnet werden dürfen. Aufwände für die über eine reine Psychotherapie im engeren Sinne deutlich hinausgehenden sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, beispielsweise körperliche Diagnostik, die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung von aufsuchenden Equipen, Notfalleinsätze sowie Hausbesuche werden, da keine entsprechenden Tarifpositionen bestehen, werden lediglich im Rahmen der psychotherapeutischen Leistungen abgegolten.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anträge.

Freundliche Grüsse

Vaka

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Schneeberger', with a horizontal line extending to the right from the end of the signature.

Dr. Hans Urs Schneeberger
Geschäftsführer

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

**Swiss Mental Healthcare SMHC
Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC
Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8**

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Bern, 10. September 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)
und
Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen. Die Swiss Mental Health Care (SMHC) nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Die SMHC lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «**In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.**».

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologiebefehrgesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

³ Quelle in Fussnote⁴, Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Die SMHC als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenkassen und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. Kostendeckung gewährleisten

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. I. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen.

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssen nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Ordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulass-

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

ten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;
- d. Logopäde oder Logopädin;
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.

Wir lehnen Art. 46 g. ab

~~g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psy-

chotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharztstiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharztstitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre. Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbstständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab.

Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbstständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Veränderungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch

unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird. Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlassenen Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab. Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Wir bieten Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Das koordinierte Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüssen



Dr. H. Conrad
Präsident SMHC

Prof. Dr. med. E. Seifritz
Präsident SVPC

Dr. med. O. Bilke-Hentsch
Präsident VKJC

E. Felber
Präsident VPPS

E. Baumann
Präsident VDPS

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique
Division Prestations de l'assurance maladie
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Notes à l'expéditeur pour chaque marque

Dr med. Valérie Berclaz
Route de Founex 4
1296 Coppet

Par e-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Coppet, le 16 octobre 2019

Modifications de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31)

Nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (OAS)

et

Adaptation des conditions d'agrément des sages-femmes et des personnes prodiguant des soins sur prescription médicale

Processus de consultation

Monsieur le Conseiller fédéral Berset,

Mesdames et Messieurs,

Je vous remercie de m'avoir donné l'opportunité de prendre position sur les modifications susmentionnées apportées à l'OAMal et à l'OAS dans le cadre de la consultation.

Je prends position vis-à-vis des modifications prévues dans ma réponse à la consultation.

Je suis **alarmé et préoccupé** par le projet du Conseil fédéral visant à améliorer le fonctionnement du système, mais dont les propositions de réglementation inappropriées nuiraient davantage à nos patients et patientes qu'elles ne leur profiteraient.

I. Résumé

Je rejette le modèle sous la forme prévue. Les deux modifications de l'ordonnance représentent un changement structurel dans le système et l'offre de soins. Les bénéfices de ce changement sont insuffisants et n'ont pas de sens, tant pour les patients dans le domaine des soins que pour les prestataires de soins et les assureurs en ce qui concerne le rapport-prix des prestations fournies.

Si l'on souhaite remplacer le modèle de délégation actuel par un système prometteur et créé en fonction des besoins réels, il faut le définir en se basant sur des données à jour et représentatives et en tenant compte de la réalité de l'offre et des manques réels.

Le modèle de prescription envisagé par le Conseil fédéral, auquel je me réfère par la suite, ne répond pas à ces exigences. Le projet laisse plutôt l'impression qu'il faut satisfaire ici les souhaits (compréhensibles sur le fond) d'un seul groupe professionnel. Le projet le fait d'une manière unilatérale et non globale. Il n'y a pas de concept global. Il devrait être axé sur la qualité et le coût et se baser sur une analyse de situation plus approfondie.

Avec la proposition d'introduire par voie d'ordonnance une « *nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire* » que le Conseil fédéral a ouvert à la consultation le 26 juin 2019, le Conseil fédéral souhaite, conformément à ses explications, d'une part améliorer la situation des soins dans le domaine de la psychiatrie-psychothérapie et donc les soins dans les situations de crises et d'urgence et, d'autre part, augmenter la qualité des prestations tout en veillant à raccourcir les délais de prises en charge et à la réduction du nombre des maladies qui deviennent chroniques. Avec le changement de système en passant du modèle de délégation à un modèle de prescription, le Conseil fédéral postule vouloir garantir *des soins psychiatriques-psychothérapeutiques efficaces, appropriés et économiquement équilibrés* à la population suisse. Dans le même temps, le Conseil fédéral reconnaît que « d'autres changements et mesures sont nécessaires pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques », qui « relèvent de la responsabilité des différents acteurs, en particulier des prestataires de soins, des associations professionnelles et des cantons ». Le Conseil fédéral n'explique pas la nature de ces besoins. En outre, la proposition du Conseil fédéral ne repose pas sur les données actuellement disponibles sur les soins. Dans son rapport de 2016 « *L'avenir de la Psychiatrie en Suisse - Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255)* », l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a au contraire déclaré dans une évaluation divergente : « **En Suisse, il existe des soins psychiatriques de haute qualité, qui permettent de dispenser des traitements appropriés à de nombreux patients souffrant de troubles psychiques. Cependant, les analyses montrent également qu'il est nécessaire de poursuivre leur développement. Les mesures suivantes peuvent contribuer à un développement durable des structures des offres en psychiatrie : amélioration de la base de la planification statistique pour le développement de toutes les structures d'offres, amélioration de la coordination des offres et développement de la qualité des offres, financement durable des structures d'offre intermédiaires, soutien à la qualification des professionnels de la santé dans le domaine de la psychiatrie.** »

Le Conseil fédéral veut formellement atteindre deux objectifs avec les modifications de l'ordonnance :

1. les psychothérapeutes psychologues peuvent travailler de manière indépendante sur prescription médicale (introduction du « modèle de prescription » via l'OAMal, RS 832.102) et
2. Ils peuvent facturer leurs prestations directement via l'assurance obligatoire des soins (AOS) (Modification des conditions pour la prise en charge des coûts pour le remboursement (OPAS, SR 832.112.31)).

I.I. Points critiques

Les mesures envisagées pour les modifications de l'OAMal et de l'OPAS sont inadéquates et insuffisantes à plusieurs égards : elles sont mal réfléchies en termes de demande, d'assurance qualité et de développement des coûts, elles sont insuffisantes et elles ne sont pas intégrées dans les modifications en cours et nécessaires des conditions-cadre de la politique de santé.

Critique « demande et preuve de la demande »

- Il n'y a aucune preuve de la demande pour un changement de système conceptuel avec l'augmentation du nombre des prestataires de soins dans le domaine de la psychothérapie psychologique. Aucune étude ni donnée pertinente n'est présentée, ce qui est absolument indispensable. Au contraire, l'OFSP et l'étude BASS citée par le Conseil fédéral indiquent que les soins psychiatriques et psychologiques en Suisse sont très bons¹.
- Le Conseil fédéral se sert d'une preuve de la demande conformément à l'Article 55a de la loi sur l'assurance maladie pour l'agrément des médecins à la charge de l'AOS ou pour restreindre l'agrément des prestataires de soins². Avant l'introduction d'un nouveau modèle, il serait donc nécessaire d'étudier et d'évaluer le besoin réel ou toute pénurie de l'offre pour pouvoir prouver qualitativement et quantitativement la demande nécessaire. Dans ce contexte, les documents relatifs à la consultation indiquent clairement que les délais d'attente pour accéder aux services psychiatriques en Suisse semblent être moins longs que dans d'autres pays.
- Le projet de loi ne corrigerait aucun abus des soins psychiatrique, mais les aggraverait au contraire. D'autre part, un meilleur accès au système grâce au projet d'un côté rendrait plus difficile l'accès aux patients très malades et défavorisés (voir aussi le point critique « Garantir la qualité ») et entraînerait une augmentation du volumes des soins.

Point critique « Garantir la qualité »

- Le projet ne mènerait pas au contrôle souhaité (et fondamental comme l'exige la LAMal) de la qualité et à l'amélioration continue de la qualité :
 - Alors que la prise en charge des patients atteints de troubles « légers » serait simplifiée, les patients avec des troubles psychique particulièrement complexes et graves devraient faire face à une détérioration des soins et être laissés pour compte. Le projet de consultation du Conseil fédérale indique : « Malgré la densité quantitativement élevée de l'offre, les délais d'attente pour une place de thérapie en Suisse sont parfois trop longs. En particulier, les personnes atteintes de troubles psychiques graves sont les plus susceptibles d'être affectées par ces délais. Elles sont souvent prises en charge dans les services ambulatoires des hôpitaux psychiatriques ou, en raison d'un manque de capacité, par les professionnels de la santé de premier recours (principalement par les médecins de famille et les pédiatres). »
 - Puisque les psychothérapeutes psychologues sans formation postgraduée conforme à la Loi sur les professions de la psychologie (LPsy) seraient exclus du décompte des

¹ Source dans la note de pied de page ⁴, chapitre Soins excessifs, insuffisants et inadaptés, page 6 : « L'ampleur de la sous-utilisation et de l'abus des soins psychiatriques et psychologiques en Suisse ne peut pas être quantifiée car, d'une part, les données relatives à la prévalence, aux besoins en traitement et à leur utilisation sont insuffisantes et, d'autre part, tous les patients atteints de troubles psychiques ne veulent pas être traités par des psychiatres et des psychologues. »

² Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) - (renouvellement temporaire de la restriction d'admission en vertu de l'article 55a de LAMal) Modification du 14 décembre 2018, valable du 1er juillet 2019 au 30 juin 2021

prestations,³ toutes les prises en charge psychiatriques en soins ambulatoires se trouvaient dans des situations précaires, puisque les personnes qui suivent une formation postgraduée de psychothérapeute seraient également touchées, alors qu'elles peuvent aujourd'hui également travailler dans le modèle de délégation. Les conséquences inacceptables et non considérées par le Conseil fédéral seraient une pénurie marquée de centres de formation postgraduée pour les futurs psychothérapeutes psychologues qui sont situés aujourd'hui dans les services ambulatoires des établissements psychiatriques. En plus de la pénurie de place pour les psychologues en formation post-graduée, des psychologues spécialisés travaillant dans des établissements psychiatriques passeraient également à la pratique libre, ce qui compliquerait encore davantage la tâche des services ambulatoires des établissements psychiatriques.

- J'insiste sur la durée envisagée pour acquérir l'expérience clinique nécessaire pour les psychothérapeutes reconnus au niveau fédéral qui est d'un **an** dans un établissement de formation postgraduée en psychiatrie et psychothérapie de catégorie A ou B reconnu par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) pour que l'AOS autorise le praticien à prendre en charge les personnes atteintes de troubles psychiques complexes et graves et pour le traitement des situations d'urgence. Cette durée est **clairement insuffisante**. Il est impossible, dans ce court laps de temps et dans une institution psychiatrique générale, de donner aux psychothérapeutes psychologues l'expérience clinique nécessaire pour prendre en charge les différents groupes d'âge, de maladies et de tableaux cliniques, ainsi que divers degrés de gravité des maladies. Au total - **c'est-à-dire y compris la pratique clinique** d'un an pour l'obtention du certificat fédéral de formation postgraduée dans un « établissement de soins ambulatoires ou hospitaliers en psychiatrie-psychothérapie - il faut donc **5 années** de formation postgraduée spécifique avec des rotations correspondantes dans les divers domaines de spécialité et environnements de prise en charge, comme dans les programmes de formation postgraduée de l'ISFM (psychiatrie et psychothérapie, psychiatrie et psychothérapie pour les enfants et les adolescents) (voir III, exposé des motifs à l'OAMal, art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Médecins sans titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour adulte ou pour les enfants et les adolescents ne possèdent pas les connaissances théoriques ni l'expérience pratique nécessaires pour identifier des maladies mentales graves et complexes, et donc pour prescrire les prestations de psychothérapie psychologique nécessaires et adaptés à ces troubles. Avec ce type de prescription, la qualité de l'indication et la qualité de la prise en charge présenteraient un risque supplémentaire.
- En effet, avec le nouveau règlement proposé, le médecin prescripteur n'est nullement responsable des qualifications professionnelles du psychothérapeute, ni à la qualité de la prise en charge prescrite aux patients et réalisée par les psychothérapeutes psychologues. De plus, la qualité de l'indication et l'évaluation thérapeutique ne seraient en aucun cas garanties.

Point critique « Coûts / Financement »

- Le projet de loi continuerait à augmenter la prise en charge des troubles légers, ce qui (sans augmentation du budget alloué à la santé mentale) entraînerait un déplacement des ressources financières au détriment des patients atteints de troubles psychiques graves et complexes et des patients vivant dans les zones rurales. Cette **augmentation de volume des**

³Source dans la note de pied de page ⁴ : page 12 : « chapitre 2.9 Tarification - la psychothérapie déléguée en cabinet médical est désormais réglementée dans le chapitre 02.03 de TARMED. À compter de la date d'entrée en vigueur des modifications, ces positions TARMED pour la psychothérapie déléguée en relation avec l'AOS devraient être supprimées car les prestations de psychothérapie déléguée ne pourront plus être remboursées par l'AOS. Ceci s'applique également au chapitre 02.02 « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière ».

soins devrait être payée par les caisses maladie et, en définitive, par les assurés payant les primes. L'accès plus simple et facile aux prestations de base grâce aux mesures prévues par le Conseil fédéral entraînerait naturellement une augmentation de la demande et des coûts supplémentaires associés.

- Le projet de loi augmenterait donc les coûts de la santé, au lieu de les réduire, comme le Conseil fédéral, le Parlement, les prestataires de soins et les cantons le souhaitent à la base.
- Il favoriserait également une prise en charge à deux vitesses dans le domaine de psychiatrie-psychothérapie, au lieu de l'empêcher.

Évaluation globale

Dans l'ensemble, la **conception** du projet de loi ou des modifications à l'ordonnance ainsi que les documents consultés ou créés pour ce faire, et la base de l'ensemble du projet de loi sont absolument **insuffisants**.

La conception d'un modèle de prescription qui doit servir tous les intérêts supérieurs et en particulier les intérêts du patient, semble avoir été réfléchi seulement superficiellement. Les conséquences réelles pour les personnes concernées (patients, psychologues, psychiatres et autres médecins), notamment en ce qui concerne le contrôle de la qualité, sont **soit mal comprises, soit ignorées**.

Dans l'état actuel des choses, le modèle de prescription se traduirait par une augmentation du volume des soins pour les troubles psychiques légers, ce qui entraînerait un déplacement des ressources financières au détriment des patients atteints de troubles psychiques complexes, graves et coûteux, ainsi que des patients vivant dans les zones rurales en faveur des patients en zones urbaines. L'autorisation des psychothérapeutes psychologues à exercer indépendamment leur activité et l'augmentation attendue du volume des prestations et des coûts, avec leurs effets sur le tarif psychiatrique, entraîneraient une nouvelle détérioration du financement des soins psychiatriques-psychothérapeutiques pour les patients atteints de pathologies complexes et graves, car ils nécessitent un effort de traitement beaucoup plus important.

Dans le cadre du changement de système, ce serait une **occasion manquée** d'améliorer les soins de base et spéciaux pour les personnes atteintes de troubles psychiques, et d'optimiser et de rendre plus utile le « système de santé mentale » en Suisse.

La « **promotion de la qualité** » présentée par le Conseil fédéral comme les « **prémises** » de la nouvelle réglementation et « la **prévention des surcoûts non contrôlés** » doivent être réalisées à l'aide de mesures dont les effets éventuels n'ont pas été étayés ni vérifiés avec des données pertinentes.

Dans ce qui suit, j'explique pourquoi le modèle proposé par le Conseil fédéral conduirait à des abus des soins psychiatriques supplémentaires et à des **augmentations de volume des soins n'améliorant pas leur qualité** avec des coûts supplémentaires pour les caisses maladie et les assurés payeurs de primes, et pourquoi le projet de loi n'atteint pas son **objectif qui est d'améliorer les soins de santé**.

Si le Conseil fédéral souhaite réformer le système dans l'intérêt de tous les patients, conformément au principe d'efficacité, de pertinence et d'économie, et répondre aux préoccupations de la profession médicale, trois mesures s'imposent (voir annexe).

Ces mesures nécessitent des réformes fondamentales, et elles ne peuvent donc pas être ordonnées en modifiant les ordonnances.

Les mesures ciblées suivantes sont énumérées dans l'annexe de la réponse à la consultation :

1. **Développement de la formation postgraduée des psychothérapeutes psychologues**
Les exigences concernant les compétences professionnelles des psychothérapeutes psychologues dans le domaine des maladies mentales doivent être renforcées pour que les psychothérapeutes psychologues puissent être capables de satisfaire aux exigences élevées que ce changement de système ou un changement comparable apporterait (compétence clinique).
2. **Préciser et garantir la compétence des médecins prescripteurs**
Afin de garantir le respect de la bonne indication thérapeutique pour une psychothérapie psychologique, la compétence du médecin « prescripteur » doit être garantie (qualité de l'indication).
3. **Assurer la couverture des coûts**
Il faut veiller à ce que les interventions de crise spécialisées facile d'accès et souvent également fastidieuses, les soins d'urgence et des soins aigus, puissent également être fournis la nuit, les week-ends et les jours fériés, et que le traitement et la prise en charge à long terme des patients atteints de troubles psychiques graves soient assurés, même dans les régions rurales (assurer des prestations de prise en charge dont les coûts sont couverts).

II. Informations complémentaires

II. II Analyse du document de la consultation

Ne respecte pas les principes d'efficacité, de pertinence et d'économie

En proposant un changement de système, qui passe d'un modèle de délégation (qui a fait ses preuves et qui est prévisible) à un modèle de prescription, le Conseil fédéral entend garantir à la population suisse une prise en charge de la psychothérapie psychologique efficace, rapide et économiquement viable. Cet **objectif ne peut être atteint en aucun cas par le changement de système proposé**. La réorganisation ne serait pas plus efficace, en aucun cas rentable et, à en juger par le très bon niveau des soins psychiatriques disponibles aujourd'hui, elle ne serait pas utile. Le respect effectif des principes d'efficacité, de pertinence et d'économie conformément à LAMal nécessite des données suffisantes et mesurables. Le modèle du Conseil fédéral, qui repose en grande partie sur des hypothèses et des conséquences injustifiées et qui devrait donc être introduit sans preuve de la demande, ne répond pas à ces critères.

Augmentation du volume des prestations, augmentation des coûts, conséquences sur les coûts

On peut supposer que l'ordonnance envisagée augmenterait immédiatement le nombre de demandes pour des mesures de réduction des coûts suite à l'augmentation susmentionnée des volumes et à l'augmentation consécutive des coûts. Cela réduirait à nouveau la **rémunération des prestations sociopsychiatriques complexes et fastidieuses, comme p.ex. les PAP prestations médicales** dispensées en l'absence du patient (nécessaire par exemple pour la participation de parents, employeurs, autorités, maisons de repos, etc.) ou les traitements de proximité (p. ex. les équipes mobiles) et cela rendrait leur réalisation encore plus difficile. Cela entraînerait une nouvelle **redistribution des ressources financières des groupes de patients socialement défavorisés vers ceux socialement favorisés** ou cela désavantagerait encore davantage les patients atteints de troubles psychiques complexes et graves, pour lesquels la compétence spécialisée des psychiatres

est indispensable et qui nécessitent une prise en charge plus coûteuse⁴. Ce développement vers une **prise en charge à deux vitesses dans le domaine de la psychiatrique-psychothérapie** ne doit pas avoir lieu. Par conséquent, le traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI) qui est une prestation obligatoire de l'assurance obligatoire des soins (AOS) au sens de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), se distingue de la psychothérapie médicale ou psychologique (dont la définition et la prise en charge des coûts sont réglementées dans l'OPAS) dans la LAMal ou l'OPAS. Le TPPI est une compétence exclusive et qui ne peut pas être déléguée des médecins spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie pour les adultes et pour les enfants et les adolescents, qui doit être exécutée selon les principes d'efficacité, de pertinence et d'économie conformément à l'article 32 de la LAMal. Le TPPI comprend un traitement psychothérapeutique adapté à chaque cas et inclut dans la plupart des cas une composante socio-psychiatrique et psychiatrique (p. ex. inclusion des membres de la famille, des employeurs, des autorités, de la maison de repos, des interventions de proximité), ainsi qu'une psychopharmacothérapie comprenant un suivi de l'évolution clinique et des mesures médico-psychologiques et consultatives. Dans le TARMED actuel, il *n'y a pas* de distinction entre le TPPI et la psychothérapie médicale (conformément aux articles 2 et 3 de l'OPAS). Il faut veiller à l'avenir à éviter la réduction et donc la détérioration du tarif des TPPI en raison d'éventuels cas jugés minimes ou légers et de l'augmentation correspondante du volume de prestations de psychothérapie psychologique. En effet, cela se ferait aux dépens des patients atteints de troubles graves et particulièrement vulnérables.

En outre, il n'existe pas d'assurance qualité ni de contrôle quantitatif suffisants pour la formation initiale et la formation postgraduée des psychothérapeutes psychologues dans le modèle envisagé par le Conseil fédéral. Les études de psychologie ne sont pas soumises à des restrictions d'admission (pour les étudiants en médecine, le numerus clausus s'applique), et il n'existe pas davantage de contrôles de la formation postgraduée axés sur les besoins en soins. Au contraire, l'augmentation rapide du nombre de cours de formation postgraduée agréés en psychothérapie, qui s'élève aujourd'hui à plus de 40 dans toute la Suisse, découle naturellement du grand intérêt des candidats à la formation postgraduée. En outre, il manque des mesures sur la manière dont les psychothérapeutes psychologues doivent acquérir de l'expérience nécessaire pour travailler et prendre en charge des patients dans différentes phases de la vie (enfants, adolescents, adultes aux différentes étapes de la vie, y compris les personnes âgées) et dans des environnements de traitement différents (hôpitaux psychiatriques, consultations ambulatoires, prise en charge des situations de crise et d'urgence, hôpitaux de jour, hôpitaux de soins de courte durée, maisons de repos ou cliniques de rééducation).

Les conséquences financières décrites dans les documents de la consultation (« Modifications et commentaires », chap. 3.2) sont extrêmement mal documentées et ne sont pas étayées de manière crédible. D'après une estimation approximative et l'hypothèse supposée, les coûts supplémentaires s'élèveraient à 167 millions de francs suisses, ce qui pourrait correspondre à 10 % d'augmentation du volume des prestations. L'affirmation selon laquelle qu'il manque des « indications » sur les économies de coûts possibles est également insuffisante.

Le manque de preuve de la demande parle contre le changement de système.

Les décideurs, les prestataires de soins et les cantons sont actuellement confrontés à d'énormes difficultés pour réduire les coûts des soins de santé, car de nombreux assurés ne parviennent plus à

⁴ Cette activité est décrite dans les documents de consultation dans la « fiche d'information pour la profession de psychothérapeute » du chapitre 2 Psychothérapie médicale du 26 juin 2019, comme suit : « Dans le contexte des prises en charge interdisciplinaires, les psychiatres assument la responsabilité centrale du traitement et, si nécessaire, ils aident leurs patients à traiter avec les autorités, les compagnies d'assurance et les institutions psychosociales. Les procédures de prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique comprennent l'entretien médical, le traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI), la psychothérapie au sens strict, la pharmacothérapie et d'autres processus biologiques, ainsi que la psychothérapie. »

supporter le poids des primes. L'augmentation constante du coût des soins de santé est un des problèmes qui préoccupent le plus les gens. Il est donc incompréhensible que le projet de loi soit présenté par voie d'ordonnance sans preuve de la demande.

De la même façon, parallèlement à l'introduction d'un nouveau modèle, il est urgent de procéder à une évaluation des besoins réels et non satisfaits actuellement pour pouvoir fournir des données qualitatives et quantitatives prouvant la demande. Dans ce contexte, les documents de la consultation indiquent que les délais d'attente pour accéder aux prestations psychiatriques en Suisse semblent être moins longs que dans d'autres pays⁵.

Modification des tarifs non vérifiée et modification de l'ordonnance « définition des tarifs »

La tarification est fixée par des accords que les prestataires de soins doivent négocier avec des caisses maladie. Ces partenaires tarifaires (psychologues, hôpitaux, assureurs) devraient désormais revoir, régler par contrat et convenir des modifications structurelles requises par le Conseil fédéral par voie d'ordonnance.

Bien que cela soit fondamental pour l'entrée en vigueur d'un éventuel modèle de prescription, le Conseil fédéral déclare fortuitement dans sa proposition de consultation qu'une autre ordonnance devrait probablement être modifiée, et qui ne fait pas partie de cette consultation. Le Conseil fédéral écrit qu'il faut faire « le cas échéant, des modifications à l'ordonnance au moment de la fixation et de la modification des structures tarifaires dans l'assurance maladie ». Cela n'a été modifié qu'au début de l'année 2018 après une vaste consultation, notamment dans le but de mieux mettre en œuvre les mesures d'économie.

Je souligne que le changement structurel proposé par voie d'ordonnance, qui n'est pas tourné vers l'avenir et qui est inapproprié comme expliqué ci-dessus, ne peut pas constituer une base pour négocier ultérieurement à la table de négociation des tarifs équitables et crédibles, qui représentent en réalité les coûts et les profits. Cela est d'autant plus vrai que le Conseil fédéral se réserve le droit de ne pas accorder de tarifs négociés.

Révision fondamentale du financement via le système de rémunération

Le nombre des prises en charge par des psychothérapeutes psychologues dans le cadre de la psychothérapie déléguée a considérablement augmenté ces dernières années. Les chiffres statistiques de SASIS montrent ce que cette augmentation signifie en termes de coûts. En 2012, les coûts annuels d'une psychothérapie psychologique déléguée s'élevaient à environ 230 millions de francs suisses. En 2017, ils dépassaient déjà largement les 400 millions de francs suisses, soit une augmentation de 74 %. Ces chiffres ne parlent certainement pas d'une pénurie de soins dans le domaine de la psychothérapie psychologique. **En fait, il existe plutôt une mauvaise utilisation des prestations psychiatriques et les ressources disponibles ne sont pas utilisées de manière ciblée et efficace.**

Cependant, cette situation n'est pas imputable aux prestataires de soins, mais elle est inhérente au système de rémunération actuel, qui ne rémunère pas correctement les psychiatres pour adultes, et pour enfants et adolescents qui prennent en charge des patients atteints de troubles psychiques graves et complexes **malgré des besoins en ressources beaucoup plus importants**. Les mauvaises incitations sont produites par les coûts supplémentaires pour le traitement et la prise en charge intensive des patients atteints de troubles psychiques qui ne sont pas représentés ni inclus dans le système tarifaire actuel. Les motifs économiques et opérationnels rendent difficile la fourniture

⁵ Chapitre 1.3, page 7 de la source dans la note de pied de page⁴

d'un traitement spécialisé, car des activités supplémentaires s'ajoutent nécessairement aux prestations psychiatriques, y compris les efforts pour la coordination des thérapies complémentaires.

Le tarif horaire pur dans TARMED ne fait pas de distinction entre le TPPI, qui est effectué selon les principes d'efficacité, de pertinence et d'économie et qui est une prestation obligatoire de l'AOS, et la psychothérapie médicale (articles 2 et 3 de l'OPAS - prestation obligatoire sous certaines conditions). Les coûts réels des dépenses supplémentaires liées aux prestations qui sont nécessaires pour les patients atteints de troubles psychiques graves (en particulier les prestations non couvertes et réalisées en l'absence du patient ainsi que les prestations supplémentaires), ne sont donc pas représentés (voir également les commentaires sur le TPPI, p. 6).

Les psychologues exerçant en cabinet privé doivent se concentrer principalement sur les tableaux cliniques les moins complexes, car beaucoup d'entre eux sont formés exclusivement à cette fin. Après avoir autorisé les psychothérapeutes psychologues à exercer indépendamment en Allemagne il y a environ 20 ans, de manière intégrée dans un système qui est identique au modèle de prescription proposé par le Conseil fédéral, à l'exception de quelques détails, les délais d'attente pour une place en psychothérapie ne sont pas raccourcis. En conséquence, la directive sur la psychothérapie a été révisée et la révision qui est appliquée en Allemagne depuis le 1er avril 2017, oblige les psychothérapeutes à proposer une consultation pour la prise en charge des patients en crise psychologique aiguë.

La prise en charge des patients atteints de troubles psychiques sévères et complexes ne s'est également pas améliorée. Du point de vue des institutions, il est particulièrement important de noter que le déplacement de ces patients des cabinets privés aux services ambulatoires des hôpitaux s'est même intensifié. Cette situation peu satisfaisante a conduit le ministre fédéral allemand de la Santé, Jens Spahn, à développer un nouveau système, qui fait actuellement l'objet de débats intenses⁶.

Le système suisse serait juste conçu avec les modifications de l'ordonnance, de sorte qu'une augmentation massive du volume des prestations soit susceptible de se produire. Cela manquerait tous les objectifs visés : il n'y aurait pas de soins psychiatriques-psychothérapeutiques efficaces, rapides et économiquement équilibrés. Au contraire, les personnes gravement malades, dont les prises en charge sont déjà difficiles, subiraient une pression supplémentaire - tandis que les personnes atteintes de troubles plus légers auraient un accès plus facile aux prestations psychiatriques, mais elles contribueraient également à l'augmentation de leur volume. Dans le même temps, hormis pour les personnes atteintes de troubles légers, il n'aurait aucune amélioration, ni pour le traitement des patients atteints de troubles graves ni pour la fourniture des soins aux populations vivant dans les régions périphériques.

III. Avis sur les dispositions individuelles de l'OAMal et de l'OPAS

III. I. Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal)

Art. 46 Généralités

Les personnes qui prodiguent de soins sur prescription médicale sont les personnes exerçant l'une des professions suivantes de manière indépendante et pour leur propre compte :

⁶ Voir également Seifritz E : Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC
Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

- a. *Physiothérapeute ;*
- b. *Ergothérapeute ;*
- c. *Infirmier ;*
- d. *Logopédiste ;*
- e. *Nutritionniste ;*
- f. *Neuropsychologue ;*
- g. *Psychothérapeute psychologique.*

Je rejette l'article 46 g.

~~g. *Psychothérapeute psychologique.*~~

Motif

La classification des psychothérapeutes psychologiques dans l'article 46 g est (en tant que conséquence formelle du modèle de prescription) sans condition-cadre conceptuelle exhaustive et sans **rejet** de mes réformes fondamentales conformément à mes revendications.

Art. 50c Psychothérapeutes psychologiques

1 Les psychothérapeutes psychologues doivent être titulaires d'une autorisation cantonale en vertu de l'article 22 de la loi sur les professions de la psychologue (LPsy) du 18 mars 2017 et justifier de :

- a. *un diplôme reconnu en psychologie ;*
- b. *un titre fédéral de formation postgraduée en psychothérapie ou un titre de formation postgraduée équivalent conformément à l'article 9 ou à l'article 49, paragraphe 2 de LPsy ; et*
- c. *après l'obtention du titre de formation postgraduée, une expérience clinique de **12 mois** dans un établissement psychothérapeutique-psychiatrique hospitalier ou d'un autre organisme privé ou public sous la direction d'un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie.*

Je rejette l'article 50.1, lit c ab

~~*c. après l'obtention du titre de formation postgraduée, une expérience clinique de douze mois dans un établissement psychothérapeutique-psychiatrique hospitalier ou d'un autre organisme privé ou public sous la direction d'un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie.*~~

Motif

Dans le cadre de la formation postgraduée clinique, les psychothérapeutes psychologues doivent être capables de prendre en charge les troubles les plus graves et complexes, de reconnaître les situations d'urgence et les autres situations de prise en charge complexes, pour les surmonter soi-même avec des outils thérapeutiques ou, le cas échéant, de solliciter une assistance médicale de manière ciblée et rapide. Compte tenu du fait qu'il ne faut passer qu'un an dans un établissement de soins psychiatriques-psychothérapeutiques ambulatoires ou hospitaliers pour obtenir le certificat de formation postgraduée (psychothérapeute reconnu au niveau fédéral), la durée prévue de la formation postgraduée clinique complémentaire après l'obtention du titre de formation postgraduée de seulement douze mois dans un établissement de formation postgraduée en psychiatrie générale de catégorie A ou B. est insuffisante. Elle devrait être augmentée en conséquence et des rotations dans différents domaines de la psychiatrie doivent être exigées (voir art. 50, par. 1 lit c OAMaI, NEU). **Art. 50 par. 1 lit c NEU**

Le nombre de mois d'expérience requis pour pouvoir exercer à la charge de l'AOS doit être augmenté.

- c. L'expérience clinique postgraduée doit être de **5 ans** et se dérouler dans un établissement psychiatrique-psychothérapeutique hospitalier ou dans un autre organisme privé ou public, qui est un centre de formation postgraduée agréé par l'IFSM, et sous la direction d'un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie.

Motif

Dans le cadre de la formation postgraduée clinique, les psychothérapeutes psychologues doivent être capables de prendre en charge les troubles les plus graves, de reconnaître les situations d'urgence et les autres situations de prise en charge complexes, pour les surmonter soi-même avec des outils thérapeutiques ou, le cas échéant, de solliciter une assistance médicale de manière ciblée et rapide. La durée de la formation postgraduée clinique doit être augmentée en conséquence (application de l'art. 50 par. 1 lit c OAMal). L'expérience clinique supplémentaire de **douze mois** requise par la modification de l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal) (art. 50 c, par. 1, c) dans un établissement de formation postgraduée psychiatrique-psychothérapeutique reconnu par Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) (catégories A ou B, c'est-à-dire en psychiatrie générale) après l'obtention du certificat fédéral de psychothérapie **n'est pas suffisante**. Elle ne permet pas d'acquérir la grande expérience clinique nécessaire avec les différents contextes de traitement, groupes d'âge, maladies et niveaux de gravité. Contrairement à la psychiatrie avec ses deux titres de spécialiste distincts (psychiatrie et psychothérapie pour les enfants et les adolescents ou psychiatrie et psychothérapie pour les adultes) et les autres sous-spécialités dans ces domaines, le projet actuel suppose que les psychothérapeutes psychologues sont capables de traiter les patients de tous âges sans distinction sans justifier de l'expérience clinique nécessaire. Cette simplification est inacceptable professionnellement et **déraisonnable** médicalement, d'autant plus qu'il existe un certificat fédéral suisse distinct dans le domaine de la psychologie de l'enfant et de l'adolescent, qui n'est d'ailleurs pas pris en compte dans la consultation en cours. Au total - c'est-à-dire y compris la pratique clinique d'un an pour l'obtention du certificat fédéral de formation postgraduée dans un « établissement de soins ambulatoires ou hospitaliers en psychiatrie-psychothérapie - il faut donc **5 années** de formation postgraduée spécifique comme cela est exigé pour le titre de médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie pour les adultes ou pour les enfants et les adolescents. Il faut veiller à ce que le programme de formation postgraduée suive une structure de programme à développer avec des rotations définies et que la réalisation des objectifs pédagogiques à définir puisse être assurée. Cette exigence est un élément central du programme type élaboré par le World Psychiatric Association (WPA) ou l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).

Puisque les psychothérapeutes psychologues qui ne sont pas autorisés à exercer à la charge de l'AOS seraient exclus du décompte des prestations, toutes les prises en charge psychiatriques en soins ambulatoires se trouvaient dans des situations précaires, puisque les personnes qui suivent une formation postgraduée de psychothérapeute seraient également touchées, alors qu'elles peuvent aujourd'hui également travailler dans le modèle de délégation. Il en résulterait une pénurie marquée de centres de formation postgraduée pour les futurs psychothérapeutes psychologues qui sont situés aujourd'hui dans les services ambulatoires des établissements psychiatriques. Les psychologues spécialisés travaillant dans des établissements psychiatriques passeraient également à la pratique libre, ce qui compliquerait encore davantage la tâche des services ambulatoires des établissements psychiatriques.

En fin de compte, le changement irait également à l'encontre des intérêts des psychothérapeutes psychologues eux-mêmes, car il en résulterait une **pénurie massive des centres de formation postgraduée en soins ambulatoires** pour former les futurs psychothérapeutes psychologues.

Pour cette raison, il faut maintenir dans la structure tarifaire médicale (TARMED ou TARDOC) la possibilité de dispenser des prestations psychologiques et psychothérapeutiques facturables selon la réglementation précédente dans les centres de formation post graduée reconnus par l'ISFM et offrant des soins psychiatriques ambulatoires (c'est-à-dire le maintien du sous-chapitre 02.02 de TARMED « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière »). Compte tenu des très longues négociations tarifaires précédentes (p. ex. en neuropsychologie), le maintien des positions TARMED sur la psychothérapie déléguée en relation avec l'AOS dans les services ambulatoires des hôpitaux psychiatriques donnerait aux institutions psychiatriques une certaine sécurité en matière de planification organisationnelle et financière même après l'entrée en vigueur des modifications de l'ordonnance. Ces problèmes fondamentaux concernant les piliers de l'offre des établissements psychiatriques, qui émergent avec les modifications prévues aux ordonnances, montrent également à quel point on accorde peu d'attention à ces modifications - jusqu'à la représentation nécessaire des tarifs.

II

Disposition transitoire modifiant ...

~~1 Les personnes qui, à la date d'entrée en vigueur de la modification le (date), sont autorisées à exercer la psychothérapie de manière indépendante ou à titre privé conformément à l'article 49, paragraphe 3 LPsy9, sont admises même si elles ne répondent pas aux exigences de l'article 50 c.~~
~~2 Les personnes qui, au moment de l'entrée en vigueur de la modification le (date) modification, sont titulaires d'une licence en vertu de l'article 22 de la LPsy, ne doivent pas répondre aux exigences en matière d'expérience clinique conformément à l'article 50 c, paragraphe 1, point c.~~

Disposition transitoire par. 1 et 2 : à supprimer sans les remplacer

3 Les prestataires de soins visés aux articles 45 et 46, paragraphe 1, points a) et c) et e), qui sont déjà autorisés à exercer à la charge de l'assurance maladie obligatoire lorsque la modification prend effet le (date), conservent leur autorisation.

L'inclusion de règles transitoires plus strictes serait indispensable. Aujourd'hui, les psychothérapeutes psychologues indépendants et les psychothérapeutes sans formation postgraduée en psychothérapie sont tenus de suivre une formation postgraduée suffisante et clairement définie, de même que les psychologues avec licence conformément à l'article 22 de la LPsy. Une période de transition d'un an concernant la suppression de la psychothérapie déléguée, y compris le retrait de TARMED, n'est pas réaliste et je la rejette.

La période de transition devrait être de **cinq** ans.

Motif

Dans le sens d'une assurance qualité durable, il est de la plus haute importance d'instaurer une obligation de formation postgraduée structurée, adéquate qualitativement et quantitativement également pour les psychothérapeutes psychologues exerçant indépendamment aujourd'hui. Les règles tarifaires doivent être clarifiées, ce qui prend beaucoup de temps. Des périodes de transition plus longues sont également essentielles du point de vue de l'entreprise et de la politique de prise en charge des patients.

III. II Ordonnance du DFI sur les prestations d'assurance obligatoire des soins (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)

Je rejette les amendements à l'article 2, à l'article 3 et à l'article 11 prévus dans l'OPAS.

Motif

Le résultat de la réduction envisagée de la couverture des coûts, de 40 séances aujourd'hui à 30 séances de clarification/examen et de thérapie, ainsi que de la durée des séances individuelles, y compris avec les psychiatres sans le consentement du médecin-conseil est que les psychiatres qui dispensent également des psychothérapies médicales, doivent travailler dans des conditions moins bonnes et seront moins rémunérés pour leur travail psychothérapeutique qu'auparavant.

Conséquences non considérées pour le système de tarification

Le Conseil fédéral écrit dans son rapport de consultation (« modification et commentaires » pt. 2.9, p. 12) : « *La psychothérapie déléguée chez le médecin est actuellement réglementée dans le chapitre 02.03 de TARMED. À compter de la date d'entrée en vigueur des modifications, ces positions TARMED pour la psychothérapie déléguée en relation avec l'AOS devraient être supprimées car les prestations de psychothérapie déléguée ne pourront plus être remboursées par l'AOS. Ceci s'applique également au chapitre 02.02 « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière ».* En outre, le Conseil fédéral confirme explicitement que : « *Les partenaires sociaux, à savoir les psychologues, les hôpitaux et les assureurs, doivent convenir du tarif des prestations de psychothérapie psychologique dans un accord tarifaire correspondant, dans le sens de l'autonomie tarifaire ».*

Dans la fiche d'information « Professions de la psychothérapie », le Conseil fédéral explique : « La psychothérapie (dont les coûts sont pris en charge par l'AOS) peut être dispensée par les deux groupes professionnels : 1. Médecins spécialistes ayant un certificat de formation postgraduée en psychiatrie et en psychothérapie / 2. Psychologues ayant un certificat de formation postgraduée en psychothérapie ».

Le **titre de médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents** n'a pas été pris en compte.

Le chapitre 02.02 « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière » mentionnée dans la fiche d'information est supprimé. Cela n'est pas utile car ces prestations- comme toutes les prestations thérapeutiques prodiguées dans un hôpital - sont fournies sous la responsabilité médicale de médecins-chefs hautement qualifiés. Elles ne devraient donc pas être concernées par le modèle de prescription, qui fait référence aux prestations dispensées par des psychologues indépendants dans leur propre cabinet. Par conséquent, le chapitre 02.02 doit rester dans TARMED (et donc dans les tarifs) avec les ajustements appropriés. C'est uniquement de cette manière que l'on pourra garantir un nombre suffisant de centres de formation postgraduée pour les futurs psychothérapeutes psychologues dans les cliniques psychiatriques et les services de consultations externes. Cela est également nécessaire pour pouvoir pourvoir suffisamment de postes cliniques dans des cliniques psychiatriques et des consultations externes aux psychologues agréés.

Implicitement, l'application des modifications de l'ordonnance de l'OAMal et de l'OPAS envisagées indiquerait clairement que le chapitre TARMED 02.01 (« Diagnostic et traitement psychiatriques ») - que le Conseil fédéral n'a même pas mentionné - serait également affecté. Bien que des prestations de psychiatres sont listées de manière identique alors qu'elles sont bien différentes (traitement psychothérapeutique psychiatrique intégré TPPI ou psychothérapie

médicale), elles sont également réglementées différemment par la loi. Le TPPI est une prestation obligatoire de l'AOS, à effectuer selon les principes d'efficacité, de pertinence et d'économie conformément à l'article 32 de la LAMal, alors que la psychothérapie médicale, qui ne constitue pas une prestation obligatoire selon la LAMal, est réglementée dans l'OPAS. Les réductions de temps prévues par rapport à la pratique actuelle auraient une incidence sur les tarifs des psychologues et des psychiatres. En fin de compte, cela réduirait les possibilités de traitement des patients gravement malades d'environ 40 % par rapport à aujourd'hui (en réduisant la durée de consultation de 90 ou 75 minutes à 60 minutes et en réduisant le nombre de séances de 40 à 30. Cela représente une réduction quantitative de 40 % (réduction de 3015 minutes [39 consultations de 75 minutes + 1 consultation de 90 minutes] à 1800 minutes [30 consultations de 60 minutes]). La psychothérapie psychologique plus facilement accessible conduit à une augmentation de volume des prestations avec un effet négatif immédiat sur les prestations psychiatriques et psychiatriques-psychothérapeutiques.

Il est inacceptable que le Conseil fédéral ne mentionne ni n'explique ces relations complexes et les conséquences qui en découlent pour les prestataires de soins et les patients concernés. Il est évident que des mesures ont été prises en coulisse qui favorisent ou pénalisent des groupes professionnels individuels, sans qu'elles soient factuellement correctes.

Cela est inacceptable, d'autant plus que le bénéfice qualitatif pour les patients ne peut être prouvé.

Il ne sert à rien d'essayer de réaliser une intervention aussi importante pour le système dans le système de santé dans ce domaine avec de simples modifications de l'ordonnance. Les conséquences pour toutes les personnes concernées ne sont pas transparentes et la mesure du changement de système est insuffisamment justifiée. Je rejette les modifications de l'OAMal sous cette forme.

Expertise clinique nécessaire

Afin de garantir le respect de la bonne indication thérapeutique pour une psychothérapie psychologique, le médecin « prescripteur » doit disposer des compétences nécessaires pour pouvoir définir et surveiller de manière professionnelle l'indication de la psychothérapie. En conséquence, le pouvoir de prescription doit être attribué en principe à un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie pour adulte ou pour enfants et adolescents.

Apporter les preuves de la demande, réformer réellement le système

L'objectif de faciliter davantage l'accès à la psychothérapie en cas de problèmes de la vie, de troubles de l'humeur et de problèmes de santé mentale mineurs peut être poursuivi dans un concept global. Toutefois, l'ouverture complète proposée de l'accès et le remboursement des coûts (comme pour l'accès des patients aux conseils en nutrition ou à la physiothérapie) ne sont pas judicieux et, surtout, pas nécessaires. D'autant plus que l'augmentation des volumes des prestations ainsi déclenchée entraînerait une augmentation des coûts qui n'est ni dans l'intérêt d'une politique de santé rigoureuse ni dans l'intérêt du législateur. Cela est grave car, dans le même temps, il n'existe aucune preuve de la nécessité d'une telle mesure. Cette preuve doit être apportée en premier. Un changement de système ne peut pas être organisé avant et en profondeur par une simple modification de l'ordonnance.

Avec le changement de système par voie d'ordonnance, le groupe professionnel de psychothérapeutes psychologues dont la formation postgraduelle clinique est beaucoup plus courte et moins complète et dont l'examen final et le titre ne sont pas réglementés de manière uniforme contrairement aux médecins, seront plus facilement accessibles aux patients avec des tableaux cliniques généralement légers et bénins. Cela renforcerait tous les abus liés aux soins plutôt que de les corriger.

Dans le système de santé suisse, le traitement des patients atteints de troubles psychiques sévère repose sur un financement public supplémentaire de la mauvaise représentation dans TARMED. Cette situation devrait être corrigée. Le modèle de prescription soumis à la consultation n'améliorerait aucunement la situation de ces patients si les psychothérapeutes psychologues continuaient d'être formés selon les critères actuels. Au contraire, cela créerait plutôt des abus supplémentaires, avec la prise en charge préférentielle des patients atteints de troubles mentaux plus légers et moins complexes. Pour des raisons professionnelles, en raison des objectifs pédagogiques et de la portée de la formation postgraduée clinique, il est actuellement impossible pour les psychothérapeutes psychologues d'assumer la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques graves et complexes dans le cadre d'une activité indépendante. L'évolution de la situation en Allemagne a montré que le nombre de psychothérapeutes psychologue n'a cessé de croître, même des années après l'introduction d'un système similaire au modèle de prescription soumis à la consultation en Suisse. Les délais d'attente pour une place en psychothérapie sont restés longs malgré l'augmentation du nombre de praticiens.

Comme vous pouvez le constater ci-dessus, je considère que les modifications de l'ordonnance sont insuffisantes dans leur forme actuelle et je les rejette.

Les mesures sont mal documentées, mal calculées, inefficaces et inappropriées. Elles ne répondent pas aux principes généraux d'efficacité, de qualité et de rentabilité et elles n'améliorent pas l'offre des soins.

Je vous remercie de prêter attention à mes revendications et préoccupations ci-dessus.

**Je vous propose de discuter le plus rapidement possible et d'approfondir mes réflexions pour un modèle complet et prospectif lors d'une rencontre en personne.
(annexe : prise de position « Modèle de prescription coordonnée »)**

Je reste à votre entière disposition pour répondre à vos éventuelles questions.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes salutations les plus distinguées.

Dr med ~~Valérie~~ Berclaz

(ANNEXE : Prise de position du SMHC « Le modèle de prescription coordonné »)



Lausanne, le 3 août 2019

Prise de position du Groupement des Psychiatres Psychothérapeutes Vaudois (GPPV) par rapport à l'ordonnance de Monsieur le Conseiller Fédéral Alain Berset concernant la prise en charge par l'assurance-maladie de base des psychothérapies prescrites aux psychologues par les médecins, toute spécialité confondue:

Préambule:

Depuis des années, les psychologues tentent d'accéder au remboursement des prestations par la LaMal. Ils œuvrent en tentant de faire croire qu'il n'y a pas de différence significative entre leurs prestations et celle des psychiatres-psychothérapeutes. D'autre part, quelques cas de collaborations problématiques autour de la délégation de psychothérapie sont montés en épingle dans les médias pour étayer leur revendication. Néanmoins, ces quelques cas témoignent d'une insatisfaction endémique liée au flou régnant autour des conditions de cette délégation.

En économie de la santé, lorsqu'un nouveau dispositif de financement est envisagé, lorsqu'il serait souhaitable qu'un nouveau médicament soit remboursé par l'assurance-maladie, ou lors de l'achat d'un nouvel équipement hospitalier lourd, par exemple, il y a toujours une analyse de la pertinence de cette nouveauté sous l'angle de l'économicité, de l'efficacité, de l'équité, du bénéfice social et du rapport coût - efficacité, parmi les critères les plus pertinents et les plus utilisés, afin d'évaluer si la nouveauté, répondant à ces critères, sera financée ou prise en charge par la LaMal.

En vertu de cela, nous proposons l'analyse suivante:

Équité:

Rappel du principe d'équité en économie de la santé : il s'agit d'un des rôles de l'état, qui est d'assurer à tous un accès aux soins indépendamment du revenu.

Le système de soins psychiques de notre pays est basé sur la psychiatrie. Actuellement, en Suisse et à notre connaissance, tous les patients nécessitant des soins psychiques sont rapidement pris en charge, ceci grâce à un dispositif bien organisé et composé, entre autre, de psychiatres extrêmement compétents, au bénéfice d'une excellente formation. Pour rappel, seuls ces derniers sont habilités, formés et compétents pour évaluer l'urgence et y répondre de manière adéquate.

Tout patient nécessitant une prise en charge moins aiguë de sa souffrance psychique trouve toujours et dans un délai très raisonnable un psychothérapeute (psychiatre ou psychologue en délégation

après évaluation par le psychiatre) qui puisse l'aider, sauf dans des régions de "désert médical", tel le Pays d'en-Haut par exemple, où la situation est plus délicate pour y trouver un spécialiste.

L'accès aux soins psychiques, qu'ils soient de l'ordre de la psychiatrie ou de la psychothérapie, est donc selon nous tout à fait suffisant, voire pléthorique en région urbaine; c'est d'ailleurs une des raisons, rappelons-le, de l'existence de la "clause du besoin" qui a pour objectif premier de limiter les installations des médecins et donc de baisser les coûts de la santé.

D'autre part, il n'existe dans le pays et à notre connaissance aucune étude d'impact montrant de manière objective un quelconque manque en psychothérapeutes.

L'ordonnance de M. Berset, qui ouvre la porte au remboursement de milliers de psychologues par la LAMal va donc à l'encontre de la réalité de l'offre, plus que suffisante, en soins psychiques dans notre pays.

Efficacité :

Les psychiatres, rappelons-le, sont des médecins. Après l'obtention du diplôme de médecin (sept ans d'études universitaires), ils suivent au minimum six ans de formation postgraduée en médecine somatique et en psychiatrie et psychothérapie en milieu institutionnel (hôpital, centre de consultation) avec des gardes, des prises en charge d'urgence et de crise ainsi que des suivis de toutes sortes (psychothérapies, traitements psychiatriques psychothérapie intégré (TPPI) etc.). Cette longue formation est sanctionnée d'un examen et de la défense d'un mémoire de psychothérapie, et les exigences annuelles de formation continue sont importantes tout au long de la carrière du psychiatre.

Ainsi, les psychiatres sont au bénéfice d'une double formation: d'un côté médecin-psychiatre, capables d'évaluer de manière globale le patient dans toute sa subtilité et dans toute sa complexité, tant psychique, sociale, que somatique ("modèle bio-psycho-social"). D'autre part, le psychiatre est formé de façon très rigoureuse à la psychothérapie, qui est son autre domaine de compétence.

Notre approche est donc très différente de l'approche des psychologues, et il est par conséquent évident que la psychothérapie réalisée par un psychiatre n'équivaut pas à celle d'un psychologue. En effet le psychiatre a les compétences pour l'indiquer de manière plus pertinente compte tenu des besoins du patient et des autres modalités thérapeutiques à sa disposition, et dont il connaît les indications (hospitalisation, arrêt de travail, médication, interventions par équipes mobiles, hôpital de jour, interventions sociales etc.). Sa réévaluation en cours de traitement est, pour les mêmes raisons, plus juste.

Dans notre expérience, dans la plupart des situations le patient souffre à plusieurs niveaux, et un trouble psychiatrique (CIM ou DSM) justifie la prise en charge par un médecin (et par l'assurance-maladie). Les situations «simples» où seulement un domaine est touché (professionnel, ou privé, ou social, ou physique) relèvent le plus souvent du développement personnel. Quant à la proportion des psychothérapies dans une consultation, elle n'excède pas 30 à 40% des suivis. Il faut donc être attentif à la définition que les différents partenaires donnent à la notion de "psychothérapie". Ici, il ne s'agit donc pas de psychothérapie au sens où les psychiatres la pratiquent, mais d'un détournement de la définition de cette prestation par les psychologues pour pouvoir facturer leurs prestations directement à la LaMal.

Par conséquent, qui d'autre qu'un psychiatre est à même d'évaluer de la meilleure manière possible le besoin du patient et de prescrire, le cas échéant, une psychothérapie ? L'indication, la prescription et la réévaluation d'une psychothérapie ne peuvent raisonnablement être faites que par un spécialiste. Admettrait-on qu'un généraliste pose l'indication d'une chimiothérapie ?

En outre, l'argument que la psychothérapie permet d'éviter la prescription de médicaments n'est pas pertinent, la supériorité du traitement combiné psychothérapie + médicaments par rapport à la psychothérapie seule ou médicaments seuls a été démontrée. D'ailleurs, les assurances pertes de gains, privées, ne se gênent pas de nous le rappeler régulièrement lors d'arrêts de travail prolongés.

Avec la mise en œuvre de cette ordonnance telle que formulée, l'efficacité du système pourrait au contraire être clairement réduite : par exemple de par la multiplicité des intervenants si le prescripteur déléguant n'est pas un psychiatre.

Concernant le niveau de la réponse à l'urgence ou de la conduite d'une intervention de crise, nous ne voyons pas de quelle manière elles seront améliorées car leur gestion est du ressort du psychiatre et ne se fait pas par la psychothérapie, ni par les psychologues qui ne sont pas formés pour cela.

En conclusion, les besoins de la population en soins psychiques étant largement couverts et assurés actuellement par des spécialistes bien formés, que ce soit pour des suivis psychiatriques ou de psychothérapies, le GPPV ne voit pas dans quelle mesure cette ordonnance améliorerait l'efficacité du système actuel.

Responsabilité :

Rappelons qu'actuellement, dans le modèle de la délégation, le psychologue s'appuie totalement sur le psychiatre, psychiatre qui d'ailleurs pose le diagnostic. La responsabilité de tout ce qui est réalisé par le psychologue (psychothérapie, évolution, suivi, rapports, etc.), est entièrement portée par le psychiatre. Le psychologue n'est en rien responsable en cas de soucis, d'évolution défavorable, de suivi inadéquat, de plainte, de poursuite judiciaire etc.

Et qu'en sera-t-il des questions de responsabilité pour une psychothérapie prescrite par un non-psychiatre, ainsi que pour les rapports aux assureurs ? Quel temps perdu, passé à double pour résoudre ces aspects ?

Et quel contrôle de la formation des psychologues et de l'efficacité des psychothérapies qui leur seront prescrites ?

Economicité:

Le Conseiller Fédéral Berset l'a annoncé lui-même, le surcoût des conséquences de la mise en œuvre de cette ordonnance sera de plus de 100 millions de francs pour la collectivité, ce qui en soit est déjà un aveu de non-économité.

Diverses instances, dont Santé Suisse (53% des assurés) et la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP) évaluent déjà ce surcoût à 1 milliard de francs par année, au minimum. Dans la réalité, les revenus des psychiatres, les plus bas des professions médicales, ont diminué depuis début 2018 de 5% environ, afin de contribuer à faire baisser (ou stabiliser) les coûts de la santé. De plus, les psychiatres sont confrontés au contrôle de la limitation des installations en cabinet privé, ceci afin de réduire la facture sociale. Il est donc surprenant que M. Berset approuve le remboursement par l'assurance maladie de base de plusieurs milliers de psychologues dans ce contexte où les médecins psychiatres sont fortement sollicités à faire des efforts, contrôlés et appelés à participer aux économies à travers des baisses de revenu importantes (imposées).

Dans un paragraphe précédent, nous avons rappelé la spécificité du psychiatre, à la fois médecin et psychothérapeute. De cette double compétence découle un autre argument d'économicité : la prescription de psychothérapies à des psychologues par tout médecin autre que les psychiatres entraînera inmanquablement une multiplication des consultations, que ce soit pour des demandes de consilium avec le psychiatre-spécialiste, ou alors pour des arrêts de travail, pour une réévaluation de prescription d'un psychotrope qui, rappelons le, ne sont pas de la compétence d'un psychologue qui n'y est ni formé ni sensibilisé.

Le modèle de délégation actuellement en vigueur est donc économiquement pertinent. Pour les cas, peu fréquents, où un psychiatre se servirait de cette responsabilité pour en tirer un avantage personnel financier, une adaptation des conditions de cette délégation peut simplement être mise en œuvre.

Dans la perspective de la réforme proposée, qu'en est-il du contrôle du nombre de psychologues pris en charge par l'assurance maladie ? Sera-t-il limité et si oui selon quels critères ? Il y a déjà actuellement une pléthore de psychologues formés par les universités. Et assisterons-nous à une vague de psychologues venus d'Europe ?

Analyse coût -efficacité :

- en vertu de ce qui précède, le coût du nouveau système de prescription sera clairement supérieur pour une efficacité probablement abaissée (ou alors, au mieux, pour une efficacité inchangée), ce qui mène à la conclusion que cette ordonnance n'est pas, dans sa forme proposée, pertinente et ne se justifie en aucune manière ;
- cette mesure déstabilise aussi les bases sur lesquelles la politique de santé mentale suisse est construite, au travers de spécialistes hautement compétents, avec pour risque des problèmes de relève.

Conclusions:

Si le GPPV salue le désir de M. Berset de réformer le système de la délégation en psychothérapie, il ne peut pas soutenir le projet d'ordonnance tel que formulé. Le système de prescription des psychothérapies par tout médecin quelle que soit sa spécialité n'est tout simplement pas acceptable et est totalement illogique et contre-productive.

D'autre part, en vertu de ce qui précède, le changement proposé ne montre aucun bénéfice social pour la population, les besoins en soins psychiques étant actuellement largement couverts, et ne montre aucune amélioration de l'efficacité du système existant. Par contre, il présente des risques (annoncés par M. Berset lui-même !) de surcoûts à charge de la LaMal, et donc à charge, in fine, des assurés que nous sommes tous, ainsi que des risques évidents de baisse de la qualité des prises en charges des patients.

(D'autre part, le revenu des psychiatres, déjà corrigé à la baisse récemment, va, dans ce système de mise en concurrence, être à coup sûr victime d'un dumping dans la qualité des prestations.)

Notre profession, notre savoir faire et notre expérience en psychiatrie et en psychothérapie, lentement et patiemment acquis, sont mis gravement en danger de la part de politiciens ou d'économistes qui semblent aveuglés par on ne sait quelle chimère, ou ignorants, ou mal informés, mettant en danger un système subtil qui a fait ses preuves, envié, et qui est d'ailleurs classé parmi les premiers systèmes de

santé de la planète et qui, surtout, et c'est le plus important, satisfait une majorité de la population (et des médecins).

Le risque du modèle de prescription tel que celui proposé par M. Berset pourrait bien mener à un clivage psychiatrie - psychothérapie à terme, ce qui est une grande perte en matière de savoir-faire et d'efficacité.

Il s'agit, avec cette ordonnance, d'une mise en concurrence avec un corps de métier dont les compétences ne sont pas comparables, et d'une dévalorisation majeure de notre métier, très spécifique et hautement spécialisé, que nous devons défendre.

Propositions constructives pour le futur :

Nous sommes favorables à un modèle « nuancé » :

- 1) la prescription de la psychothérapie est faite uniquement par les psychiatres-psychothérapeutes, et par aucun autre médecin;
- 2) amélioration des conditions de la délégation des psychothérapies par voie d'ordonnance, visant à encadrer le bénéfice financier du psychiatre-psychothérapeute pratiquant la délégation, et à ne pouvoir déléguer la psychothérapie qu'à des psychologues diplômés.

Risques pour le corps médical dans son entier : RESTONS UNIS !

L'ordonnance de M. Berset de rembourser les prestations des psychologues prescrites par n'importe quel médecin, de dévaloriser par là-même la profession de psychiatre et de ne pas tenir compte de nos spécificités n'est peut-être que le premier pas vers un démantèlement plus général de nos professions médicales et de notre système de santé.

A quand le diagnostic et le traitement du diabète par une infirmière ? A quand la gastroscopie par un technicien spécialisé ? A quand la césarienne par une sage-femme ? Le médecin sera alors relégué au rôle de prescripteur et interviendra au mieux dans les cas d'urgence...

Actuellement, seuls les psychiatres sont concernés dans cette ordonnance, mais nous avons grand intérêt, nous médecins, à rester unis. Cette entrée dans la LaMal de non-médecins menace toute la profession.

Pour le comité du GPPV:

Dr Sylvain JUILLAND

président

Le « modèle de prescription coordonné »

Prise de position du Swiss Mental Health Care (SMHC) sur la consultation du Conseil fédéral concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS)

Auteur :

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31 août 2019

¹Ensemble, l'Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie (AMPC), l'Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie des enfants et adolescents (AMCPEA), l'Association suisse des infirmiers cadres en psychiatrie (VPPS) et l'Association des directeurs de cliniques et hôpitaux psychiatriques en Suisse (ADPS) forment Swiss Mental Health Care (SMHC). Cette organisation faitière représente tous les hôpitaux et services psychiatriques de grande taille et moyenne taille en Suisse (59 institutions membres) et, en tant qu'association à l'échelle de la Suisse, elle constitue le point de contact reconnu de la psychiatrie institutionnelle pour tous les acteurs du secteur de la santé. Son objectif est de représenter les intérêts communs des hôpitaux et des services psychiatriques en Suisse en termes de soins psychiatriques-psychothérapeutiques efficaces dispensés dans les hôpitaux, les cliniques de jour et les services ambulatoires.

L'Association suisse des médecins assistants en psychiatrie (ASMAP) et le réseau de formation postgraduée en psychiatrie et psychothérapie - Zurich, Centre, Nord et Est de la Suisse (WBV) ont collaboré à cette prise de position du SMHC.

Adresses de correspondance

Pr Dr méd. Erich Seifritz
Président de l'Association suisse des médecins-chefs en
psychiatrie (ASMP)¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich [Hôpital universitaire
psychiatrique de Zurich]
Lenggstrasse 31 CH-8032 Zurich

Téléphone : +41 44 384 23 12
Tél. portable : +41 79 411 14 92
E-mail : erich.seifritz@bli.uzh.ch
E-mail : sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr méd. Oliver Bilke-Hentsch
Président de l'Association suisse des médecins-chefs en
psychiatrie des enfants et adolescents (AMCPEA)¹
Station pilote SOMOSA Park 20
8404 Winterthur

Téléphone : +41 52 244 50 00
Tél. portable : +41 79 398 42 80
E-mail : oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(À partir du 01/11/19 :
oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Président de la Conférence des directeurs des soins
d'institutions psychiatriques de Suisse (VPPS)¹
Psychiatrische Dienste Graubünden [Services de psychiatrie
des Grisons]
Loëstrasse 220
CH-7000 Coire

Téléphone : +41 58 225 20 10
Tél. portable : +41 79 254 25 26
E-mail : eduard.felber@pdgr.ch
E-mail : monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Président de l'Association des directeurs de cliniques et
hôpitaux psychiatriques en Suisse (ADPS)¹
Triaplus AG
Intégréte Psychiatrie Uri de Zoug, Schwyz und Zug
[Psychiatrie intégrée des cantons d'Uri, de Schwytz et Zoug]
Widenstrasse 55 CH-6317 Oberwil-Zug

Téléphone : +41 41 726 39 01
Tél. portable : +41 79 214 07 61
E-mail : erich.baumann@triaplus.ch

Dr rer. pol. Hanspeter Conrad
Président du SMHC¹
ipw Intégréte Psychiatrie Winterthur [Psychiatrie intégrée
Winterthur] - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Boîte postale 144 CH-8408 Winterthur

Téléphone : +41 52 264 33 77
Tél. portable : +41 79 957 33 53
E-mail : hanspeter.conrad@ipw.ch

Abréviations

OFSP	Office fédéral de la santé publique
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum ; fédération des médecins suisses
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
H+	Association suisse des établissements hospitaliers
TPPI	Traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré
AI.....	Assurance-invalidité
OPAS.....	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
PAP	Prestations médicales en l'absence du patient
MEBEKO	Commission des professions médicales de l'OFSP
CTM	Commission des tarifs médicaux
AM	Assurance militaire
AOS	Assurance obligatoire des soins
PCCL.....	Patient Clinical Complexity Level [degré de complexité clinique du patient]
PT i.e.S.	Psychothérapie au sens strict
ASMPP.....	Académie suisse de médecine psychosomatique et psychosociale
SASIS.....	Filiale de SantéSuisse
SSPPEA	Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent
SSPP	Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie
ISFM.....	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
SMHC.....	Swiss Mental Health Care
SUVA.....	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
ASMAP.....	Association suisse des médecins assistants en psychiatrie
AMCP.....	Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie
TARMED	Tarif des prestations médicales ambulatoires
TARPSY	Structure tarifaire nationale pour la prise en charge hospitalière des patients en psychiatrie
UEMS.....	Union européenne des médecins spécialistes
ADPS	Association des directeurs de cliniques et hôpitaux psychiatriques en Suisse
AMCPEA	Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie des enfants et adolescents
VPPS.....	Association suisse des infirmiers cadres en psychiatrie
WBV.....	« Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie » ; Réseau de formation postgraduée en psychiatrie et psychothérapie à Zurich, au centre, nord et est de la Suisse
WPA.....	World Psychiatric Association [association mondiale de la psychiatrie]

Table des matières

Adresse de correspondance	ii
Abréviations	iii
0 Synthèse de la direction	1
1 Introduction	3
2 Bases de la situation actuelle.....	6
2.1 <i>Formations initiales et postgraduées des psychiatres</i>	6
2.1.1 Différence entre les psychiatres et les psychologues	6
2.1.1.1 Formation postgraduée en psychothérapie	7
2.1.1.1.1 Formation postgraduée en psychothérapie des psychiatres	7
2.1.1.1.2 Formation postgraduée psychothérapeutique des psychologues.....	8
2.1.1.2 Formation postgraduée clinique, expérience et compétence.....	8
2.1.1.2.1 Formation postgraduée clinique des psychiatres	8
2.1.1.2.2 Formation postgraduée clinique de psychothérapeutes psychologues	9
2.2 <i>Prestataires de soins psychiatriques et psychologiques en Suisse</i>	9
2.2.1 Régulation non équilibrée du nombre des psychiatres et des psychologues	9
2.2.2 Forte densité des prestataires de soins en Suisse.....	10
2.2.3 Besoin de prendre en charge les cas complexes en Suisse	11
2.2.3.1 Coûts actuels des prestations de psychothérapie psychologique.....	12
2.2.3.2 Manque de praticiens en psychothérapie psychologique ?	12
2.3 <i>Problèmes de prestation des soins liés au système tarifaire en Suisse</i>	12
2.3.1 Moins bonne prise en charge des cas complexes	13
2.3.2 Mauvaises tentations et sélection des risques	13
2.3.2.1 Expériences en Allemagne.....	13
3 Considérer cette rupture comme une opportunité : Des mesures pour un « modèle de prescription coordonné »	16
3.1 <i>Mesure 1 : Formation postgraduée clinique des psychothérapeutes psychologues</i>	16
3.1.1 Critères de formation postgraduée insuffisants pour les futurs psychothérapeutes psychologues dans le projet d'ordonnance sur l'assurance maladie qui a été soumis à la consultation.....	17
3.1.1.1 Les compétences cliniques des psychothérapeutes psychologues dans des domaines importants ne sont pas pris en compte dans l'OAMal.....	17
3.1.1.2 Nécessité d'un cursus structuré de formation postgraduée avec catalogue des objectifs pédagogiques pour les psychothérapeutes psychologues	17
3.1.1.3 Critères unifiés à l'échelle de la Suisse pour l'obtention du certificat de formation postgraduée des psychothérapeutes psychologues.....	18
3.1.1.4 Les centres de formation postgraduée pour les futurs psychothérapeutes psychologues sont en péril	18
3.2 <i>Mesure 2 : Évaluation de la qualité de l'indication et du traitement par l'expertise du médecin prescripteur</i>	19
3.2.1 Prescription d'une psychothérapie psychologique régulière.....	19
3.2.2 Prescription d'une intervention psychothérapeutique courte et limitée de dix séances dans les cabinets de médecine de premier recours.....	19
3.2.2.1 Autres étapes après une intervention psychothérapeutique courte	20
3.3 <i>Mesure 3 : Couverture des coûts supplémentaires liés aux prestations médico-psychiatriques complexes</i>	20
3.3.1 Vérité des coûts - pas de tarifs plus élevés	21
3.3.2 Tarifs pour la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques difficiles et complexes	21
3.3.2.1 Degré de sévérité et coûts de traitement	21
3.3.3 Problème du changement de modèle pour les prestations psychologiques-psychothérapeutiques dans les établissements psychiatriques offrant des soins ambulatoires	21
3.3.3.1 Place de formation postgraduée pour les futurs psychothérapeutes psychologues	22
3.3.4 Nouveau tarif en dehors de TARMED pour les prestations de psychothérapie psychologique prescrits et fournies de manière indépendante dans un cabinet privé de psychologie	22

3.3.5	Problème du changement de l'OPAS : conséquences sur le tarif psychiatrique dans TARMED	23
3.3.5.1	« Effet secondaire » de la modification de l'OPAS : contradiction avec l'objectif du Conseil fédéral	23
3.3.5.1.1	Manque d'implication des partenaires tarifaires.....	24
3.3.5.2	Influence de la modification de l'OPAS sur le TPPI.....	24
4	Aperçu.....	25

0 Synthèse de la direction

Le présent document décrit la position du Swiss Mental Health Care (SMHC) et de ses associations professionnelles vis-à-vis de « la nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) » dont la procédure de consultation a été ouverte le 26 juin 2019 par le Conseil fédéral.

La modification de l'ordonnance soumise à la consultation entraînerait des difficultés importantes et indésirables dans la fourniture des soins aux patients souffrant de troubles psychiques. Par conséquent, le SMHC et les associations professionnelles affiliées proposent des modifications des conditions-cadres dans trois domaines. Elles constituent des conditions préalables à l'introduction réussie du point de vue de la prestation des soins d'un modèle de prescriptions pour la psychothérapie psychologique.

La modification de ces conditions-cadres sous la forme du « modèle de prescriptions coordonné » permettra de développer un système de haute qualité qui peut réellement optimiser la prestation des soins à l'échelle nationale dans le domaine des troubles psychiques.

Cette prise de position pour le « modèle de prescription coordonné » constitue une base détaillée pour les réponses données à la consultation lancée par le Conseil fédéral.

En modifiant la réglementation, le Conseil fédéral souhaite améliorer la fourniture des soins psychiatriques et psychothérapeutiques. Cette modification réglementaire est associée à un changement de système, en passant du modèle de délégation actuel, dans lequel la psychothérapie psychologique a lieu sous la supervision d'un psychiatre², au modèle dit de prescription. Les psychothérapeutes psychologues devraient ainsi pouvoir dispenser leurs prestations de manière indépendante et les facturer de manière autonome via l'assurance obligatoire des soins (AOS), à condition que les médecins de famille ou d'autres médecins spécialistes « prescrivent » une psychothérapie.

Compte tenu de l'objectif du Conseil fédéral visant à faciliter l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à une prise en charge appropriée, il est essentiel de procéder à un examen approfondi des mesures correctives pour le modèle de prescription qui n'a guère évolué depuis des décennies.

Le Conseil fédéral pense particulièrement aux soins psychiatriques et psychothérapeutiques des enfants et des adolescents, ainsi qu'aux patients adultes en situation de crise. Cependant, l'enjeu fondamental est de savoir si cet objectif sera effectivement atteint avec le changement de modèle proposé. Nous avons de fortes raisons d'en douter, d'autant plus que notre pays, qui compte le plus grand nombre de psychiatres et de psychologues par habitant au monde, n'est pas dans une situation d'urgence en matière de fourniture des psychothérapies psychologiques.

Nous craignons que le changement de système, tel qu'il est soumis actuellement à la consultation, ne créent des incitations qui comportent des risques importants pour les soins et les coûts qui y sont associés. En particulier, nous craignons que les patients atteints de maladies psychiatriques légères ne soient préférés aux cas modérés et sévères et, en conséquence, que le volume des abus des soins psychiatriques n'augmente, ce qui augmenterait également les primes d'assurance maladie.

L'augmentation associée de la sélection des risques par un nombre croissant de professionnels de la santé exerçant dans le domaine de la psychothérapie psychologique dégraderait aujourd'hui la qualité des soins dispensés aux patients ayant des troubles sévères.

La réforme envisagée par le Conseil fédéral devrait donc être utilisée pour améliorer la prise en charge de l'ensemble des personnes souffrant de troubles psychiques. C'est pourquoi les auteurs suggèrent

²Le texte fait toujours référence à la fois à la forme féminine et à la forme masculine.

trois mesures pour parvenir à un « **modèle de prescription coordonné** ». En se basant sur la proposition du Conseil fédéral et avec l'évaluation scientifique des besoins et les recherches complémentaires, elles peuvent concrétiser les objectifs préalables définies, sans les conséquences négatives susmentionnées.

Mesures pour le « modèle de prescription coordonné »

1. Qualification clinique des psychothérapeutes psychologues grâce à une formation postgraduée adéquate.
2. Assurance de la qualité de l'indication et évaluation du traitement par l'expertise psychiatrique-psychothérapeutique du médecin prescripteur tout en facilitant l'accès aux soins avec des interventions psychothérapeutiques courtes par des psychologues qui sont prescrites par le médecin de premier recours.
3. Couverture des coûts supplémentaires des prestations psychiatriques pour les patients souffrant de troubles psychiques graves et complexes et les coûts de traitement et de prise en charge plus élevés.

Ces trois mesures comprennent :

Premièrement, les psychologues devraient acquérir les connaissances nécessaires pour traiter les personnes à différents stades de leur vie et souffrant de troubles psychiques, tout niveau de sévérité confondu, par une formation postgraduée clinique approfondie

Deuxièmement, il devrait être possible de prescrire un nombre limité de dix heures d'interventions psychothérapeutiques courtes avec un psychothérapeute psychologue, garantissant ainsi un soutien psychologique-psychothérapeutique rapide et facile d'accès pour gérer les problèmes de la vie, les troubles de l'humeur et les troubles mentaux légers. Dans le même temps, la limitation à dix heures de thérapie veille à la qualité de l'indication et l'évaluation du traitement. En effet, en cas de persistance du problème psychologique au-delà de cette prise en charge, il est nécessaire de recourir à un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour les adultes ou pour les enfants et les adolescents pour diagnostiquer de manière adéquate les pathologies plus complexes, et pour prescrire ou mettre en œuvre correctement la suite du traitement.

Troisièmement, les réglementations tarifaires devraient permettre d'améliorer le traitement des troubles psychiques difficiles et complexes ainsi que l'offre des soins dispensés dans les zones rurales. L'introduction d'un modèle de prescription permettra, conformément à la réglementation soumise à la consultation, de ne plus rembourser dans le cadre de TARMED les soins ambulatoires en psychothérapie psychologique fournis en dehors des institutions, de la même manière que les autres prestations non médicales dispensées de manière autonome. En lieu et place, ils auront leur propre tarif de l'AOS³, comme c'est également le cas pour les neuropsychologues, les physiothérapeutes, etc. Les accords tarifaires entre les partenaires tarifaires doivent être négociés dans le cadre de cette modification.

Conformément aux objectifs du Conseil fédéral visant l'amélioration des soins, les positions des tarifs psychiatriques dans TARMED doivent couvrir leurs coûts. Cette couverture également être garantie pour les prestations de soin dans le cadre du traitement des cas de troubles psychiques graves et complexes, à la fois dans les cabinets médicaux et dans les établissements prodiguant des soins ambulatoires, pour pouvoir éliminer les subventions cantonales actuellement nécessaires, qui empêchent la vérité des coûts.

³Extrait du document de consultation « Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (AOS) et adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes prodiguant des soins sur prescription médicale », chapitre 2.9, page 12.

Pour essayer de limiter l'augmentation du volume des soins de psychothérapie psychologique, la modification de l'ordonnance envisage de réduire de près de 40 % les services spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie, bien que l'on ne s'attende à aucune augmentation de volume dans ce domaine. Cet « effet secondaire » indésirable limite les options de traitement pour les patients présentant des pathologies complexes et graves, ce qui ne peut certainement pas être l'intention du Conseil fédéral.

Il convient également de veiller à ce que les établissements psychiatriques offrant des soins ambulatoires puissent également facturer via TARMED les séances de psychothérapie, qui sont dispensées par des psychologues formés en continu. Ce n'est que de cette manière que les services de formation postgraduée clinique pourront être proposés aux futurs psychothérapeutes psychologues. Il faut s'assurer que les consultations des psychologues spécialistes agréés par l'AOS, qui ont un poste fixe dans ces établissements, peuvent être réglées via TARMED en couvrant tous les coûts.

Enfin, avec cette troisième mesure, le SMHC n'aborde pas la question de tarifs plus élevés, mais d'une structure tarifaire qui prend en compte et permet la couverture des coûts pour les prestations de soins psychiatriques et psychothérapeutiques.

1 Introduction

Le 26 juin 2019, le Conseil fédéral a ouvert la consultation sur « *la nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans le cadre du régime d'assurance obligatoire des soins (AOS)* ». Il y propose un modèle dit « de prescription » qui définit comment les psychothérapeutes psychologues² devraient être utilisés à l'avenir pour soigner les patients atteints de troubles psychiques. Ils ne devraient plus être obligés de travailler sous le contrôle et la supervision d'un psychiatre ou d'un médecin de famille possédant un certificat de capacité correspondant dans ledit « modèle de délégation », mais ils devraient pouvoir travailler de manière indépendante sur prescription médicale et facturer leurs prestations directement via l'AOS. Cette mesure est animée par le désir de fournir une aide psychothérapeutique plus facilement et plus rapidement aux personnes ayant des problèmes psychiques, en particulier aux enfants et aux adolescents, mais également aux adultes en situation de crise ainsi que les patients vivant dans les zones rurales.

Étant donné que la modification du règlement proposée générerait des difficultés considérables en termes de politiques des soins, les auteurs proposent de modifier fondamentalement les conditions-cadres pour réussir à développer et mettre en œuvre un modèle de prescription.

En proposant un changement de système, qui passe d'un modèle de délégation à un modèle de prescription, le Conseil fédéral entend garantir à la population suisse une prise en charge de la psychothérapie psychologique efficace, rapide et économiquement viable. Les associations professionnelles liées au SMHC et les autres associations de spécialistes estiment que cet objectif ne peut être atteint seulement par le changement de système proposé vers un modèle de prescription simple.

Au contraire, il est à craindre que les modifications prévues de l'ordonnance ne conduisent à de nouvelles mesures d'austérité par l'augmentation du volume de prestations de psychothérapies psychologiques, de la part des organismes payeurs et des politiciens pour limiter les conséquences financières du changement de système. Ainsi, nous risquons une nouvelle réduction de l'indemnisation des prestations psychiatriques complexes chez les patients ayant un trouble psychique sévère, notamment pour les « prestations médicales en l'absence du patient » (PAP ; p. ex. par exemple participation des parents, des employeurs, des autorités, des institutions), des services de psychiatrie sociale ou des consultations et des traitements de proximité. Il s'agit d'un cercle vicieux qui

compliquera la réalité déjà difficile du traitement de ces patients. Cela favoriserait également indirectement une redistribution des ressources financières des groupes de patients socialement défavorisés vers ceux socialement favorisés et, bien entendu, une détérioration de la qualité des soins prodigués aux patients atteints de troubles psychiques complexes et graves pour lesquelles la compétence du psychiatre est indispensable⁴. Il s'agit d'une évolution vers une prise en charge à deux vitesses dans le domaine de la psychothérapie psychologique, qui doit être impérativement évitée aux yeux des associations susmentionnées.

Dans sa forme actuelle, le modèle de prescription soumis à la consultations nuit davantage au groupe de patients particulièrement vulnérables qu'il ne le lui profite. L'augmentation du nombre de prestataires de soins dans le domaine de la psychothérapie psychologique n'aide pas ce groupe de patients. En outre, il manque actuellement des données prouvant réellement le besoin d'augmenter le nombre de fournisseurs de prestataires de soins. Cela ressort également clairement des documents relatifs à la consultation⁵ et coïncide avec le rapport publié en 2016 par l'Office fédéral de la santé publique : « L'avenir de la psychiatrie en Suisse - Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255) », qui aboutit aux mêmes conclusions :

« En Suisse, il existe des soins psychiatriques de haute qualité, qui permettent de dispenser des traitements appropriés à de nombreux patients souffrant de troubles psychiques. Cependant, les analyses montrent également qu'il est nécessaire de poursuivre leur développement. Les mesures suivantes peuvent contribuer à un développement durable des structures des offres en psychiatrie : amélioration de la base de la planification statistique pour le développement de toutes les structures d'offres, amélioration de la coordination des offres et développement de la qualité des offres, financement durable des structures d'offre intermédiaires, soutien à la qualification des professionnels de la santé dans le domaine de la psychiatrie. » (Voir page 2 et note de pied de page⁵)

Le Conseil fédéral se sert de la preuve de la demande conformément à l'Article 55a de la loi sur l'assurance maladie pour l'agrément des médecins à la charge de l'AOS ou pour restreindre l'agrément des prestataires de soins⁶. De la même façon, cela veut dire que, parallèlement à l'introduction d'un nouveau modèle, il serait urgent de procéder à une évaluation d'un besoin non satisfait actuellement pour fournir des données qualitatives et quantitatives prouvant le besoin. Dans ce contexte, les documents relatifs à la consultation indiquent que les délais d'attente pour accéder aux services psychiatriques en Suisse semblent être moins longs que dans d'autres pays (libellé de la note de bas de page⁷).

En s'appuyant sur les considérations ci-dessus, les associations professionnelles liées au SMHC proposent le « modèle de prescription coordonné », qui soutient les objectifs visés par le Conseil fédéral et qui contient également des mesures qui apportent des améliorations importantes dans trois

4 Cette activité est décrite dans les documents de consultation dans la « fiche d'information pour la profession de psychothérapeute » du chapitre 2 Psychothérapie médicale du 26 juin 2019, comme suit : « Dans le contexte des prises en charge interdisciplinaires, les psychiatres assument la responsabilité centrale du traitement et, si nécessaire, ils aident leurs patients à traiter avec les autorités, les compagnies d'assurance et les institutions psychosociales. Les procédures de prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique comprennent l'entretien médical, le traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI), la psychothérapie au sens strict, la pharmacothérapie et d'autres processus biologiques, ainsi que la sociothérapie. »

5 Source dans la note de pied de page³, chapitre Sur-utilisation, sous-utilisation et abus des soins psychiatriques, page 6 : « L'ampleur de la sous-utilisation et de l'abus des soins psychiatriques et psychologiques en Suisse ne peut pas être quantifiée car, d'une part, les données relatives à la prévalence, aux besoins en traitement et à leur utilisation sont insuffisantes et, d'autre part, tous les patients atteints de troubles psychiques ne veulent pas être traités par des psychiatres et des psychologues. »

6 Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) - (renouvellement temporaire de la restriction d'admission en vertu de l'article 55a de LAMal) Modification du 14 décembre 2018, valable du 1er juillet 2019 au 30 juin 2021

7 Source dans la note de pied de page³, chapitre 1.3, page 7 : « les délais d'attente à l'étranger constituent parfois un obstacle important pour l'accès aux prestations psychiatriques. Ils semblent être moins longs en Suisse. »

domaines :

1. Dans la formation postgraduée des psychothérapeutes psychologues, pour leur permettre de reconnaître les urgences et les autres situations de prise en charge complexes, pour les surmonter soi-même avec des outils de psychothérapie psychologique ou, le cas échéant, de solliciter l'appui de médecins spécialistes de manière ciblée et rapide ;
2. Dans la compétence professionnelle des médecins prescripteurs, pour assurer la qualité de l'indication et l'évaluation du traitement, c.-à-d. éviter les erreurs de diagnostic et d'indications, la sélection des risques et les abus des soins psychiatriques, l'augmentation du volume des prestations et la hausse des coûts ;
3. Dans la couverture des coûts du traitement et de la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques sévères et complexes, ainsi que de la gestion pratique des situations d'urgence et de crise, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés, ainsi que pour assurer la prise en charge de longue durée dans les zones rurales. Ces prestations doivent pouvoir être dispensées en soins ambulatoires, contrairement à la situation actuelle dans TARMED, sans subventions cantonales et, de surcroît, dans les cabinets médicaux.

2 Bases de la situation actuelle

2.1 Formations initiales et postgraduées des psychiatres

2.1.1 Différence entre les psychiatres et les psychologues

La formation initiale et la formation postgraduée des professionnels de la santé en psychiatrie et en psychothérapie pour les adultes ou pour enfants et adolescents diffèrent de manière significative en termes de quantité et de contenu des formations initiales et postgraduées des psychothérapeutes psychologues (Fig. 1). Ces derniers doivent obtenir un diplôme en psychologie après cinq d'études dans une université ou une école d'enseignement supérieur, puis suivre une année de formation postgraduée clinique dans un établissement psychiatrique et une année de formation dans un autre établissement psychosocial. En outre, ils suivent une formation postgraduée longue de trois à quatre ans dans un institut de formation postgraduée en psychothérapie.

Les médecins spécialisés en psychiatrie et psychothérapie pour les adultes, les enfants et les adolescents ont passé l'examen d'état concluant six ans d'études de médecine, ou l'examen fédéral de médecine humaine, puis suivi d'une formation postgraduée clinique complète et basée sur le programme d'études. Il s'agit de six années de travail en qualité de médecin-assistant, dont cinq dans des hôpitaux psychiatriques reconnues par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) et dans des services ambulatoires, et une année dans un hôpital somatique.

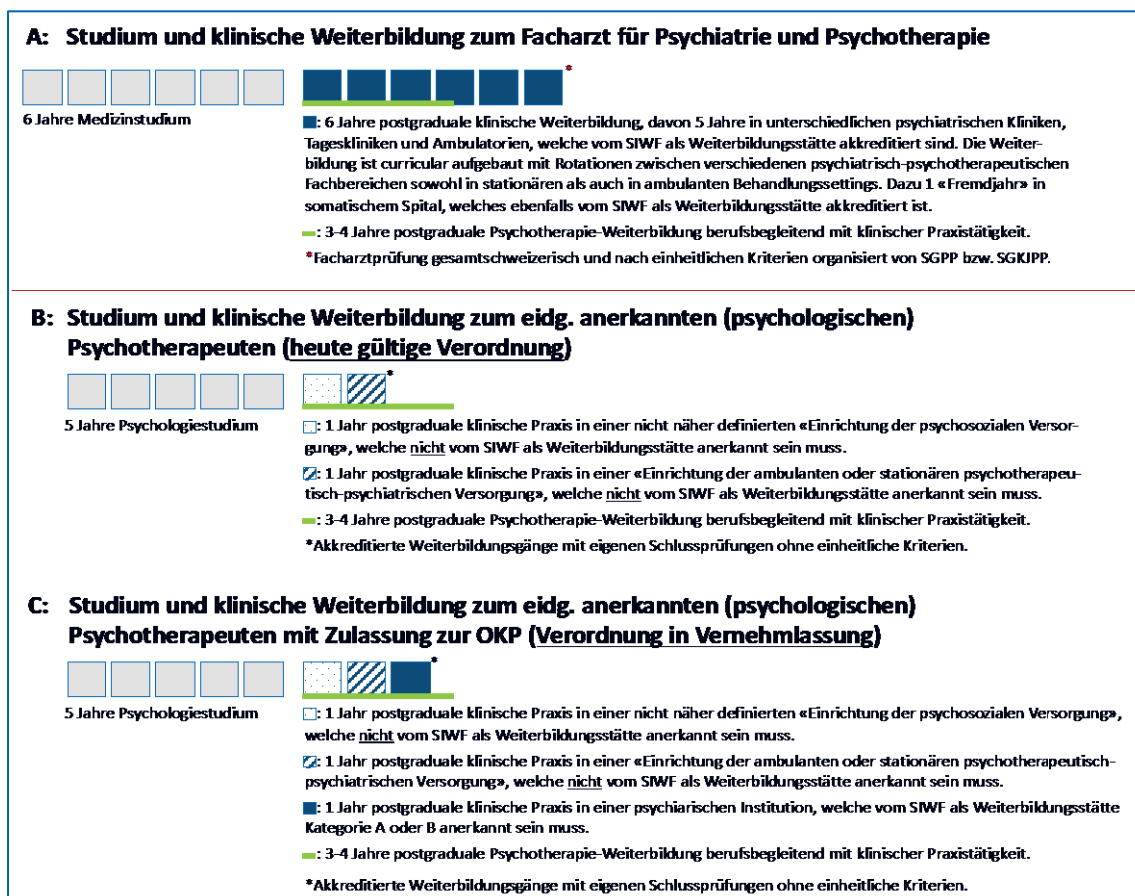


Fig. 1 : Différences dans la formation initiale et la formation postgraduée clinique entre (A) les médecins spécialisés en psychiatrie et psychothérapie pour les adultes ou pour enfants et adolescents (douze ans) et (B ou C) les psychothérapeutes psychologues (sept ou huit ans). Les exigences actuelles en vigueur (B) et les exigences conformément aux documents relatifs à la consultation (C) en ce qui concerne la formation postgraduée pratique ou clinique des psychothérapeutes psychologues ne sont pas suffisantes pour exercer comme psychothérapie psychologue dans un cabinet privé. Outre la courte durée et l'absence de rotation des programmes dans les différentes unités cliniques, des établissements psychiatriques et des domaines focaux de la psychiatrie, il n'existe aucun critère de qualité professionnelle pour la

formation post-graduée clinique dans les institutions non agréées par l'ISFM. Seuls les établissements agréés par l'ISFM comme centre de formation postgraduée peuvent proposer une formation postgraduée clinique basée sur des objectifs pédagogiques et avec une qualité définie.

La formation complémentaire postgraduée en psychothérapie est semblable pour les médecins spécialisés en psychologie, et elle dure environ trois à quatre ans (les critères actuellement en vigueur pour la formation continue postgraduée clinique des psychothérapeutes psychologues sont décrits dans l'ordonnance du DFI sur la portée et l'accréditation des formations postgraduées dans les professions du domaine de la psychologie [Accredo-LPsy] du 25/11/2013 [version du 01/01/2016] ; les critères prévus sont décrits dans la fiche d'information du projet de consultation sur la nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans l'AOS du 26/06/2019 ; les critères de formation postgraduée des médecins spécialistes sont définis dans l'ordonnance pour la formation postgraduée de l'ISFM de 2000).

Pendant cette période de formation postgraduée (Fig. 1A), les futurs psychiatres, contrairement aux futurs psychothérapeutes psychologues (Fig. 1B et C), apprennent à évaluer seuls les urgences et les situations aiguës à la fois psychiatriques et médicales et à prendre des mesures diagnostiques et thérapeutiques. Cette compétence globale leur permet de dispenser les soins d'urgence, la nuit, le week-end et les jours fériés dans la pratique clinique. En outre, ils acquièrent une connaissance approfondie des contextes biomédicaux et psychosociaux (y compris les pathologies psychiques) pendant leurs études de médecins. Ils apprennent à connaître les options de traitement pharmacologique pendant leurs études de médecine et approfondissent ces connaissances en pratique clinique pendant leur formation postgraduée pour leur spécialisation médicale.

L'expertise et l'expérience cliniques sont essentielles pour la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques, notamment en cas de pathologies graves et complexes. La psychopharmacologie continue d'évoluer avec les progrès scientifiques et elle nécessite des connaissances théoriques approfondies et une vaste expérience pratique, en particulier dans le traitement et la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques complexes, ainsi que la résistance au traitement (absence de réponse à plusieurs options thérapeutiques), dans le contexte de co-morbidités psychiatriques et somatiques, d'interactions médicamenteuses, en particulier chez les patients les plus jeunes ou les plus âgés.

2.1.1.1 Formation postgraduée en psychothérapie

Les étudiants de médecine qui se spécialisent en psychiatrie et à la psychothérapie pour les adultes mais également pour les enfants et adolescents, suivent une formation postgraduée de trois à quatre ans (comme les psychothérapeutes psychologues) dans l'une des trois approches psychothérapeutiques fondées sur des preuves scientifiques et reconnues par la discipline médicale du domaine de la psychiatrie. La psychothérapie au sens strict inclut les modèles de psychothérapie psychanalytique, systémique et cognitivo-comportementale.

2.1.1.1.1 Formation postgraduée en psychothérapie des psychiatres

La formation en psychothérapie pour les futurs médecins spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie pour les adultes et pour les enfants et adolescents fait partie des deux programmes de formation postgraduée agréés par le Département fédéral de l'intérieur et elle est assurée par les instituts reconnus par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) et par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent (SSPPEA) et supervisés par l'ISFM. Pour obtenir une spécialisation dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie (spécialisation en psychiatrie et psychothérapie gériatriques, spécialisation en psychiatrie et en psychothérapie médico-légales, spécialisation en psychiatrie et en psychothérapie des troubles de la toxicomanie, et spécialisation en psychiatrie de conseil et de liaison) ou dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie des enfants et des adolescents (spécialisation en psychiatrie et psychothérapie médico-légale pour les enfants et les adolescents) requiert également de suivre une formation postgraduée en psychothérapie qui est spécifique à ces domaines de la psychiatrie. Par exemple, la psychothérapie du patient âgé, la psychothérapie dans le domaine des dépendances ou la psychothérapie chez les patients avec antécédents judiciaires, etc.

2.1.1.1.2 Formation postgraduée psychothérapeutique des psychologues

La formation postgraduée des futurs psychothérapeutes psychologues est régie par les normes de qualité pour l'accréditation des cours de formation postgraduée en psychothérapie, conformément à la loi sur les professions de la psychologie (LPsy). Les exigences concernant la psychothérapie au sens strict (supervision, conscience de soi, théorie) sont comparables aux exigences demandées aux futurs psychiatres.

2.1.1.2 Formation postgraduée clinique, expérience et compétence

Comme indiqué ci-dessus (voir Fig. 1), les groupes professionnels de psychothérapeutes psychologues et de psychiatres sont très différents, à la fois en termes de temps de formation requis dans leur expérience pratique et dans leurs compétences cliniques.

Il y a des différences significatives entre les années d'expérience clinique (durée beaucoup plus courte et absence de rotation chez les psychologues) et la formation théorique (connaissances et compétences) dans le domaine principal de la psychiatrie (psychopharmacologie, évaluation bio-psycho-sociale, interventions en urgence et consultations, etc.).

2.1.1.2.1 Formation postgraduée clinique des psychiatres

Les médecins spécialisés en psychiatrie bénéficient de formations initiales et postgraduées théoriques et pratiques approfondies, ainsi que d'une expérience dans le traitement de patients atteints de troubles graves, avec des crises aiguës et des pathologies physiques, qui sont en général souvent associées à des troubles psychiques ou des pathologies concomitantes (comorbidités). Dans leurs raisonnements pour poser le diagnostic, les médecins spécialisés en psychiatrie considèrent également l'état physique et médical général avec l'état psychologique du patient. En outre, ils possèdent une grande expérience clinique dans diverses procédures thérapeutiques, y compris des interventions biologiques, médicales et sociales, et ils vont donc bien au-delà de la psychothérapie comme option thérapeutique unique. En outre, les programmes de formation postgraduée en psychiatrie s'assurent de manière structurée que les participants à la formation postgraduée acquièrent une très large expérience des pathologies psychiques dans différentes situations de traitement : depuis les enfants et les adolescents (jusqu'à la fin de l'adolescence) chez les futurs psychiatres pour enfants et adolescents jusqu'aux personnes âgées chez les futurs psychiatres gériatriques, en passant par toutes les étapes de la vie adulte. Dans le contexte des prises en charge interdisciplinaires, les psychiatres assument la responsabilité centrale du traitement et, si nécessaire, ils aident leurs patients à traiter avec les autorités, les compagnies d'assurance et les institutions psychosociales. Leur compétence en approche bio-psycho-sociale (c'est-à-dire intégrant les dimensions biomédicales, psychologiques et sociales de la compétence spécifique en médecine humaine) permet aux médecins spécialistes de prendre en charge l'ensemble des patients souffrant de troubles psychiques avec des outils psychiatriques et psychothérapeutiques.

Les participants aux formations postgraduées pour le titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou pour le titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents doivent terminer, en plus de la formation post-graduée en psychothérapie complète, une formation postgraduée en psychiatrie théorique et basée sur des objectifs pédagogiques dans un centre de formation postgraduée reconnue par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) ou par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent (SSPPEA) pour un enseignement qui requiert au moins 240 crédits. Ils doivent également justifier d'au moins 180 crédits supplémentaires pour approfondir leurs connaissances en psychiatrie et en psychothérapie en participant à des sessions de formation postgraduée reconnues. En outre, ils doivent rédiger des rapports et passer des examens organisés à l'échelle de la Suisse. Pour une formation postgraduée supplémentaire dans les domaines clés de la psychiatrie et de la psychothérapie, les participants à la formation postgraduée des médecins doivent satisfaire à des

exigences supplémentaires en matière d'expérience clinique (durée et rotation), de supervision, de cours et d'examens.

2.1.1.2.2 Formation postgraduée clinique de psychothérapeutes psychologues

Pour les psychologues ayant une formation initiale en sciences humaines et suivant une formation postgraduée pour être psychothérapeutes psychologues, il n'existe actuellement aucune disposition qui garantirait leurs compétences cliniques et pratiques et qui leur permettrait de contrôler leur qualité professionnelle. Pour cette raison, il est de la plus haute importance de veiller à la qualité de la formation postgraduée clinique, comme elle est décrite dans le « modèle de prescription coordonnée » avec la mise en place d'un modèle de prescription, dans lequel les psychothérapeutes psychologues travaillent de manière autonome et sous leur propre responsabilité.

2.2 Prestataires de soins psychiatriques et psychologiques en Suisse

2.2.1 Régulation non équilibrée du nombre des psychiatres et des psychologues

Même en ce qui concerne le nombre de professionnels autorisés à exercer en psychothérapie psychologique, il existe de grandes différences entre les psychiatres et les psychologues. Alors que le *numerus clausus* s'applique aux études de médecine, l'étude de la psychologie n'est soumise à aucune restriction des admissions, ni dans les universités ni dans les Hautes écoles spécialisées. En outre, il y a de plus en plus de programmes de formation postgraduée en psychothérapie qui, sans aucune relation avec la demande du marché du travail, forment des psychologues à devenir des psychothérapeutes reconnus au niveau fédéral. Il existe également un manque d'options de contrôle pour la formation continue postdoctorale, qui sont axées sur le besoin en prestations de soins. L'augmentation du nombre de cours de formation postgraduée en psychothérapie, qui s'élève aujourd'hui à plus de 40 dans toute la Suisse, découle principalement du grand intérêt des instituts de formation postgraduée pour un plus grand nombre de candidats à la formation postgraduée. En outre, il manque des mesures sur la manière dont les psychothérapeutes psychologues doivent acquérir de l'expérience nécessaire auprès des patients dans différentes phases de la vie (enfants, adolescents, adultes aux différentes étapes de la vie, y compris les personnes âgées) et dans des environnements de traitement différents (hôpitaux psychiatriques, consultations ambulatoires, prise en charge des situations de crise et d'urgence, hôpitaux de jour, hôpitaux de soins de courte durée, maisons de repos ou cliniques de rééducation).

Dans le cas des postes de médecin-assistant, il existe en raison de la réalité de la fourniture des soins une corrélation compréhensible entre le nombre de candidats à la formation postgraduée et les besoins (contrôle quantitatif indirect). En raison du nombre limité de places dans les études de médecine, le nombre de médecins-assistants titulaires d'un diplôme de médecin suisse ne peut pas combler les besoins des hôpitaux suisses. C'est le cas dans pratiquement toutes les disciplines médicales, mais particulièrement en psychiatrie et en psychothérapie pour les adultes, les enfants et les adolescents. Selon les statistiques de la FMH⁸, le pourcentage des médecins diplômés à l'étranger et travaillant dans les hôpitaux suisses était de 39,3 % en 2017 et de 29,3 % en soins ambulatoires.

Du point de vue de la fourniture des soins, mais aussi du point de vue des institutions de formation postgraduée qui sont donc responsables de la promotion de la relève, il est essentiel que le domaine de la psychiatrie maintienne non seulement son attractivité, mais qu'il l'augmente pour attirer

⁸Hostettler S et Kraft E, statistiques médicales de la FMH en 2017 – chiffres actuels Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

suffisamment de jeunes médecins intéressés par la discipline. C'est également pour cette raison qu'il est important à moyen et à long terme de concevoir des modèles de coopération multi-professionnelle et des structures tarifaires de manière à ce que la psychiatrie puisse attirer à l'avenir suffisamment de médecins qui peuvent traditionnellement garantir l'utilisation de la psychiatrie et la psychothérapie de haute qualité en Suisse pour toutes les pathologies, quelle que soit leur gravité.

2.2.2 Forte densité des prestataires de soins en Suisse

En principe, la Suisse a une très bonne offre de prise en charge des troubles psychiques (voir également l'évaluation de l'Office fédéral de la santé publique⁵). Le pays compte la plus forte densité de psychiatres dans le monde, avec environ 3 800 médecins spécialisés en psychiatrie et psychothérapie et plus de 700 médecins spécialisés en psychiatrie et psychothérapie pour les enfants et les adolescents. Dans le pays de l'OCDE qui a la deuxième plus forte densité de psychiatres après la Suisse, il y a environ deux fois moins de psychiatres en activité pour 100 000 habitants qu'en Suisse (Fig. 2).

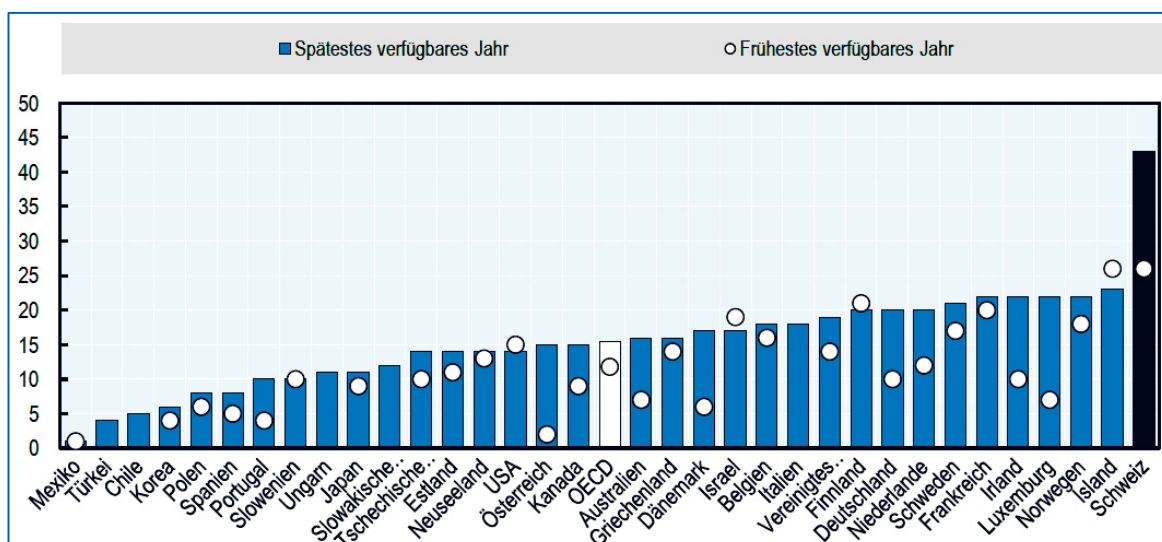


Fig. 2 : Nombre de psychiatres en Suisse : densité des psychiatres (nombre de psychiatres pour 100 000 habitants) dans les pays de l'OCDE, première et dernière années disponibles. Tiré de OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Berne, www.bbl.admin.ch.

Comme le montre la Fig. 3, le nombre des futurs psychiatres pour adultes ayant réussi l'examen de spécialiste s'est stabilisé à un niveau élevé, contrairement à la prévision de l'AMCP en 2012⁹.

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

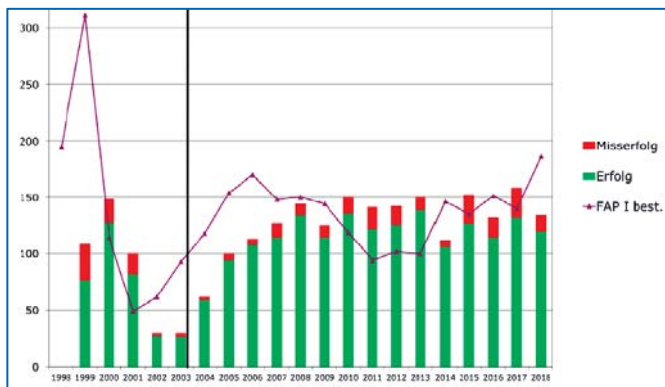


Fig. 3 : Nombre de médecins ayant suivi une formation postgraduée spécialisée en psychiatrie et en psychothérapie entre 1998 et 2018 et ayant réussi l'examen de spécialiste (EDS). Ce nombre est resté stable ces dix dernières années.

Données non publiées (2019), par ordre de la commission d'examen de la SSPP par l'Institut pour la formation médicale de l'Université de Berne.

Il convient de noter que la MEBEKO a ajouté les diplômes de formation postgraduée étrangers aux diplômes de formation postgraduée de l'ISFM depuis 2002 (Tab. 1).

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie et psychothérapie (diplômes décernés par l'ISFM)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie et psychothérapie (diplômes reconnus par MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Psychiatrie et psychothérapie pour les enfants et les adolescents (diplômes décernés par l'ISFM)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Psychiatrie et psychothérapie pour les enfants et les adolescents (diplômes reconnus par MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. Reconnaissance par MEBEKO du titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour adultes ou pour enfants et adolescents (Sources : * statistiques médicales de la FHM <https://www.fmh.fr/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.cfm#i131905> ; ** Statistiques de toutes les professions médicales <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Le nombre des psychothérapeutes psychologues suisses reconnus au niveau fédéral en Suisse s'élève à environ 7 600 et leur densité est environ deux fois plus élevée que celle des médecins spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie.

Malgré cette densité quantitativement élevée, les délais d'attente pour une place de thérapie en Suisse sont parfois trop longs. En particulier, les personnes atteintes de troubles psychiques graves sont les plus susceptibles d'être affectées par ces délais. Elles sont souvent prises en charge dans les services ambulatoires des hôpitaux psychiatriques ou dans le cadre de la « psychiatrie intermédiaire » (p. ex. dans des hôpitaux et des centres de jour) ou, en raison d'un manque de capacité, par les professionnels de la santé de premier recours (principalement par les médecins de famille et les pédiatres).

2.2.3 Besoin de prendre en charge les cas complexes en Suisse

Les cas plus complexes, qui présentent souvent d'autres pathologies psychiatriques et somatiques comorbides, nécessitent une prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique intégrée, et ils ne peuvent pas être pris en charge par des psychothérapeutes psychologues formés selon les « normes de qualité » actuellement en vigueur. Cela ne changera pas après la mise en place du modèle de prescription présenté par le Conseil fédéral. Ces patients, pour lesquels il est nécessaire de considérer

l'ensemble du spectre des facteurs biomédicaux, psychologiques et sociaux, ont besoin d'une prise en charge et d'une thérapie complexes adaptés qui vont bien au-delà de la simple psychothérapie au sens strict. Ces soins incluent également des examens et des interventions supplémentaires. Les psychothérapeutes psychologues sont trop peu formés au cours de leur formation initiale et de leur formation postgradué pour avoir les connaissances et l'expérience supplémentaires requises, et ils ne peuvent garantir la prestation de tels soins.

2.2.3.1 Coûts actuels des prestations de psychothérapie psychologique

Le nombre des prises en charge par des psychothérapeutes psychologues dans le cadre de la psychothérapie déléguée a considérablement augmenté ces dernières années. Les chiffres statistiques de SASIS AG, qui sont reproduits dans les documents de la consultation¹⁰, montrent ce que cette augmentation signifie en termes de coûts. En 2012, les coûts annuels d'une psychothérapie psychologique déléguée s'élevaient à environ 230 millions de francs suisses. En 2017, ils dépassaient déjà largement les 400 millions de francs suisses, soit une augmentation de 74 %.

2.2.3.2 Manque de praticiens en psychothérapie psychologique ?

Compte tenu du nombre extrêmement élevé de psychothérapeutes psychologues exerçant en Suisse par rapport aux autres pays et du nombre croissant des prises en charge psychothérapeutiques, le déficit présumé de praticiens dans le domaine de la psychothérapie n'est pas plausible. Une étude sur l'économie de la santé menée au Canada¹¹ est parfois citée comme un argument pour demander des psychothérapeutes psychologues supplémentaires. Elle a montré que les économies réalisées sur les coûts totaux des soins de santé au niveau national étaient deux fois plus importantes que le coût des prestations psychologiques. De nombreuses études ont montré que la prise en charge à long terme des souffrances mentales (les plus graves) réduisait les coûts de la santé sur le plan économique. Cependant, les conclusions canadiennes sur les effets préventifs des psychothérapeutes psychologues ne peuvent être transposées en Suisse que partiellement, car la densité de psychiatres pour 100 000 habitants en Suisse est 3 fois plus élevée qu'au Canada.

2.3 Problèmes de prestation des soins liés au système tarifaire en Suisse

En Suisse, il existe plutôt une mauvaise utilisation des prestations psychiatriques et les ressources disponibles ne sont pas utilisées comme il convient.

Cependant, cette situation précaire n'est pas imputable aux prestataires de soins praticiens, mais elle est inhérente au système de rémunération actuel de TARMED, qui « pénalise » de facto les psychiatres pour adultes, enfants et adolescents qui prennent en charge des patients avec des coûts de traitement plus élevés, et le mode de rémunération en vigueur génère de mauvaises tentations/incitations. Dans le système tarifaire actuel, la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques graves est finalement pire que celle des patients ayant de troubles psychiques légers. Il existe donc principalement des raisons économiques et opérationnelles qui rendent leur prise en charge spécialisée difficile.

¹⁰Source dans la note de bas de page ⁴, chapitre 3. Effets, 3.1 Généralités, 3e paragraphe, page 13

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

2.3.1 Moins bonne prise en charge des cas complexes

Le tarif actuel de la psychiatrie médicale dans TARMED (sous-chapitre 02.01, « Diagnostic et traitement en psychiatrie »), qui s'applique à la fois à la psychothérapie médicale (Articles 2 et 3 de l'OPAS) et au traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI), ne couvre pas ou seulement partiellement les coûts des dépenses et des prestations supplémentaires, qui sont nécessaires pour les patients atteints de troubles psychiques graves. En particulier, les PAP, c'est-à-dire les prestations médicales en l'absence du patient (p. ex. les discussions avec les tuteurs, les autorités, les assureurs, mais aussi la rédaction de rapports détaillés, etc.), ne sont pas décrites (tant dans la définition que dans l'interprétation des prestations) et ne sont donc pas rémunérées. En raison de leur maladie, le taux d'observance thérapeutique de ces patients gravement malades est moins élevé. Il est fréquent qu'ils ne se présentent pas aux rendez-vous convenus (les « lapins » qui entraîne des « trous dans l'agenda » qui ne sont pas couverts par les tarifs). Dans le cas des franchises, ils ont une discipline de paiement moins stricte et nécessitent beaucoup plus de prestations de base fixe et des « prestations en l'absence du patient » (PAP), qui étaient sévèrement limités dans le tarif (limité) et qui sont donc aujourd'hui disponibles uniquement pour le traitement de cette catégorie de patients de manière limitée. L'un des grands inconvénients est que cela va au-delà d'une psychothérapie pure au sens strict. Les prestations diagnostiques et thérapeutiques multimodaux très complexes, tels que la coordination des systèmes de soins médicaux et psychosociaux, ainsi que la mise en place et l'utilisation d'équipes de proximité (visites à domicile, interventions à domicile et à l'hôpital en situations de crise et d'urgence) ne peuvent être compensées autrement que comme une seule psychothérapie « spécialisée » (conformément aux articles 2 et 3 de l'OPAS).

Ces prestations complexes ne peuvent pas être fournies de manière indépendante par des psychologues, parce qu'ils ne disposent pas des connaissances techniques requises, autant quant à la durée et au contenu de la formation postgraduée requis actuellement mais également dans le projet d'ordonnance soumis à la consultation.

Dans le système de santé suisse, la prise en charge de patients atteints de troubles psychiques graves dépend du financement supplémentaire public par les cantons à cause de l'indemnisation insuffisante prévue dans TARMED. Ce n'est que de cette façon que les coûts engagés dans les hôpitaux peuvent être couverts (dans une certaine mesure) aujourd'hui. Cette situation peu satisfaisante doit être corrigée de toute urgence avec un tarif qui couvre les coûts réels (transparence des coûts).

Il ne fait aucun doute que le modèle de prescription soumis à la consultation n'améliore rien pour ces patients, tant que les psychothérapeutes psychologues continuent à être formés selon les critères actuels.

2.3.2 Mauvaises tentations et sélection des risques

Au contraire, le modèle de prescription créerait plutôt des mauvaises tentations supplémentaires, en favorisant la prise en charge préférentielle des patients bien intégrés socialement et atteints de légers troubles psychiques. Pour des raisons professionnelles, notamment en raison des objectifs pédagogiques et de la portée de la formation postgraduée, il est actuellement impossible pour les psychothérapeutes psychologues d'assumer la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques graves et complexes dans le cadre d'une activité indépendante.

2.3.2.1 Expériences en Allemagne

La situation en Allemagne montre à quel point il est important de respecter les conditions-cadres permettant de conserver des prestations de base intacts et de les différencier ou de les réglementer avec discernement afin d'éviter les mauvaises tentations et la sélection des risques.

Un modèle de prescription a été introduit en Allemagne depuis environ 20 ans, et il est très similaire au modèle de prescription que le Conseil fédéral a soumis à la consultation. Le résultat est que le nombre de psychothérapeutes psychologues a continué d'augmenter de manière constante et ce, même plusieurs années après l'introduction du modèle de prescription qui n'est coordonné d'aucune manière. La Fig. 4 montre une augmentation quasi linéaire à presque exponentielle du nombre de psychothérapeutes psychologues de 2008 à 2017, alors que le nombre des autres professionnels de la santé mentale a augmenté à un rythme beaucoup plus lent.

En outre, il a été démontré que la majorité des psychothérapeutes psychologues se concentraient sur les pathologies les moins complexes. Après avoir autorisé les psychothérapeutes psychologues à exercer indépendamment en Allemagne il y a environ 20 ans, de manière intégrée dans un système qui est identique au modèle de prescription proposé par le Conseil fédéral, à l'exception de quelques détails, les délais d'attente pour une place en psychothérapie ne sont pas raccourcis, mais ils se sont même allongés considérablement. En conséquence, la directive sur la psychothérapie a été révisée et la révision qui est appliquée en Allemagne depuis le 1er avril 2017, oblige les psychothérapeutes à proposer une consultation aux patients en crise psychologique aiguë. Néanmoins, le délai d'attente moyen pour une prise en charge aiguë dans un cabinet de psychothérapie est toujours supérieur à trois semaines et il faut attendre environ 20 semaines pour une psychothérapie au sens strict. Les délais d'attente varient beaucoup d'une région à une autre (p. ex. 13,4 semaines à Berlin, 29,4 semaines dans la région de la Ruhr)¹². La prise en charge des patients atteints de troubles psychiques sévères et complexes ne s'est également pas améliorée.

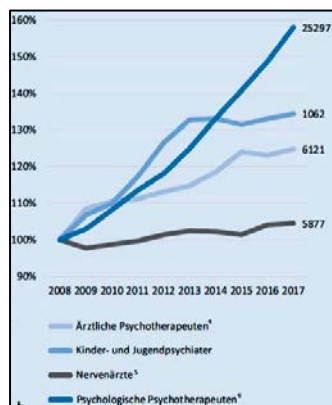


Fig. 4 : Évolution relative du nombre de praticiens de soins ambulatoires entre 2008 (année de référence = 100 %) et 2017. Recensement par habitant Définition des groupes de médecins selon le registre médical allemand. ⁴Médecins spécialisés en psychothérapie, y compris les médecins spécialisés en médecine psychosomatique et en médecine psychothérapeutique. ⁵Médecins neurologues, y compris les médecins spécialisés en neurologie et en psychiatrie ⁶ Psychothérapeutes psychologues, y compris les psychothérapeutes pour les enfants et les adolescents, extrait de Thom et al. Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? [épidémiologie de la prise en charge des troubles psychiques : pourquoi les prévalences ne diminuent-elles pas malgré l'augmentation de l'offre de soins ?] Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Du point de vue clinique, il est particulièrement important de noter que le déplacement de ces patients des cabinets privés aux services ambulatoires des hôpitaux s'est même intensifié. Cette situation peu satisfaisante a conduit le ministre fédéral allemand de la Santé, Jens Spahn, à développer un nouveau système, qui fait actuellement l'objet de débats intenses¹³.

L'expérience décevante en Allemagne devrait nous servir de leçon. C'est un enseignement que nous concrétisons avec notre « modèle de prescription coordonné ». Sans normes de qualité pour l'agrément des cours de formation postgraduée en psychothérapie, sans amélioration de la formation postgraduée des psychologues, sans garantie de la qualification des médecins prescripteurs, sans planification des prestataires de soins et sans indemnisation couvrant les coûts de la prise en charge et du traitement des troubles psychiques graves et complexes, l'augmentation incontrôlée des volumes de prestation avec une nouvelle augmentation des coûts et des conséquences sur les primes est inévitable. Comme l'exemple de l'Allemagne nous le montre, cette augmentation des praticiens n'apporte aucune amélioration, ni pour le traitement des patients atteints de troubles graves ni pour la fourniture des soins aux populations vivant dans les régions périphériques.

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Voir également Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

La Fig. 5 montre la manière dont les cabinets de psychothérapie psychologique sont concentrés dans certains centres urbains et la faible couverture médicale des zones rurales du fait de cette évolution en Allemagne. Ainsi, 20 ans après l'introduction d'un modèle de prescription très similaire au modèle que le Conseil fédéral a soumis à la consultation, la réalité est très préoccupante.

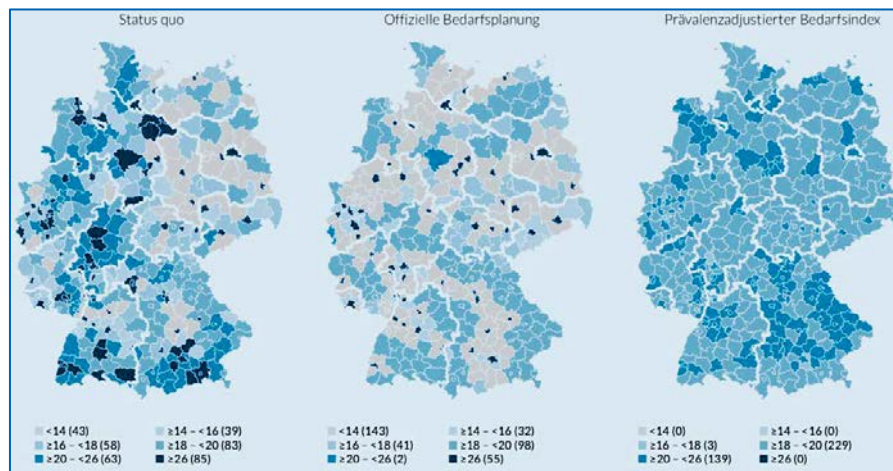


Fig. 5 : Nombre de psychothérapeutes pour 100 000 habitants sur la base du nombre total actuel, 2015 (circonscription). En prenant en compte de l'indice des besoins en matière de troubles psychiques, les différences de prévalence régionales deviennent évidentes. La concentration des psychothérapeutes dans les villes est illustrée par les chiffres suivants : les cabinets des psychothérapeutes en Allemagne ne sont pas distribués selon les besoins. La moitié des thérapeutes exercent dans les grandes villes, où vit seulement un quart de la population (données de l'IGES basées sur les données de DEGS1-MH et les données d'INKAR, Faktencheck Psychotherapeuten 2016 [faits concrets sur les psychothérapeutes en 2016]). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf)

Le modèle de prescription envisagé par le Conseil fédéral devrait entraîner une nouvelle augmentation des volumes de prestations avec une augmentation des coûts, d'autant plus que, contrairement aux soins médicaux réglementés, il n'existe pas de planification de la fourniture des soins et de l'agrément des psychologues au niveau cantonal. Aucune mesure n'est prévue pour améliorer la fourniture des soins dans les zones rurales.

3 Considérer cette rupture comme une opportunité : Des mesures pour un « modèle de prescription coordonné »

La rupture avec le changement de système prévu par le Conseil fédéral pour la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique de base et spéciale comporte des risques, mais représente également une grande opportunité à saisir. C'est une opportunité de repenser le « système de santé mentale » suisse et d'améliorer les soins de base et les soins spéciaux pour les patients atteints de troubles psychiques.

Avec le « modèle de prescription coordonné », SMHC et les associations professionnelles affiliées proposent un changement de système complet et prometteur, qui concrétise les objectifs du Conseil fédéral de manière réaliste, sans les risques et les effets secondaires susmentionnés. Pour ce faire, trois mesures sont nécessaires. Nous les expliquons ci-dessus.

Un modèle de soins psychiatrique-psychothérapeutique durable doit être axé à la fois sur le bien-être des patients et sur leur besoin en soins. Dans ce contexte, les conditions suivantes doivent être remplies : un accès plus rapide, si nécessaire, en urgence à des services psychiatriques (psychothérapeutiques) d'évaluation et de traitement en ambulatoire, une garantie de cet accès en particulier pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves en situation d'urgence ou de crise, un temps d'attente réduit pour les psychothérapies avec une indication professionnelle compétente et une évaluation de l'évolution clinique assurée, ainsi que la disponibilité de ces offres de services à proximité de chez soi dans les zones urbaines et les zones rurales.

Cela implique est la conversion du système actuel en un « modèle de prescription coordonné », qui reprend les objectifs du Conseil fédéral et l'étend par trois mesures importantes.

3.1 Mesure 1 : Formation postgraduée clinique des psychothérapeutes psychologues

Les exigences en matière de compétence professionnelle des psychothérapeutes psychologues dans le domaine des maladies psychiques doivent être accrues.

Cet objectif peut être atteint comme suit :

- en adaptant les normes de qualité relatives à l'agrément des cours de formation postgraduée destinés aux psychothérapeutes psychologues (augmentation de l'expérience pratique actuellement en vigueur de deux ans dans un « établissement de soins psychosociaux » ou dans un « établissement psychiatrique/psychothérapeutique »)
- ou après l'obtention du certificat de formation postgraduée comme critère supplémentaire pour autoriser l'exercice de son activité à la charge de l'AOS.

Dans la situation actuelle de la consultation, cette exigence n'est possible que par le critère « exigence de base pour autoriser l'exercice d'une activité à la charge de l'AOS ».

L'objectif du « modèle de prescription coordonné » est de garantir l'expérience clinique en augmentant quantitativement et qualitativement la durée de la formation postgraduée dans les établissements psychiatriques et les centres de formation postgraduée (catégories A, B et C) de **trois ans** (dont deux ans pendant la formation postgraduée pour devenir psychothérapeute agréé au niveau fédéral et un an après) à **cinq ans** (voir la Fig. 6).

La formation postgraduée des psychologues (de la même façon que les assistants psychiatriques) devrait être organisée dans un programme clinique, pendant lequel ils se familiariseront avec des troubles psychiques de types et de degrés de gravité différents, ainsi que dans différents contextes de traitement et différentes étapes de la vie pendant une période de temps raisonnable.

Pour garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge, cette disposition doit s'appliquer à tous les psychothérapeutes psychologues, et pas seulement à ceux qui seront nouvellement agréés à compter de l'entrée en vigueur du nouveau règlement. Elle permet également d'utiliser les psychothérapeutes psychologues dans les soins de base et les prestations centrales dans les situations de crise et d'urgence la nuit, les week-ends et les jours fériés.

Les psychologues, qui travaillent déjà dans des institutions depuis longtemps, soulignent que leur grande expertise leur permet, grâce à une formation postgraduée appropriée, d'assumer de nombreuses tâches de la prise en charge des patients gravement malades, en étroite coopération avec les autres professions de la santé.

3.1.1 Critères de formation postgraduée insuffisants pour les futurs psychothérapeutes psychologues dans le projet d'ordonnance sur l'assurance maladie qui a été soumis à la consultation.

L'expérience clinique supplémentaire **d'un an** dans un centre de formation en psychiatrie pour adultes ou adultes agréé par l'ISFM de catégorie A ou B, requise par la modification de l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal), après l'obtention du certificat fédéral de formation postgraduée psychothérapie, est insuffisante.

3.1.1.1 Les compétences cliniques des psychothérapeutes psychologues dans des domaines importants ne sont pas pris en compte dans l'OAMal

Les catégories A et B de l'ISFM comprennent les centres de formation postgraduée en psychiatrie générale. Autrement dit, ces critères n'incluent pas les centres de formation postgraduée en psychiatrie pour les enfants et les adolescents, en psychiatrie gériatrique, en psychiatrie pour les troubles liés à une dépendance, en psychiatrie médico-légale, en psychiatrie de conseil et de liaison.

3.1.1.2 Nécessité d'un cursus structuré de formation postgraduée avec catalogue des objectifs pédagogiques pour les psychothérapeutes psychologues

Une formation postgraduée organisée par un cursus est nécessaire pour les futurs psychothérapeutes psychologues, pour les guider pendant les **cinq années d'étude** dans les centres de formation postgraduée en psychiatrie agréés par l'ISFM et pour leur permettre d'atteindre tous les objectifs majeurs de la formation postgraduée clinique (Fig. 6), analogue à la formation postgraduée des médecins assistants¹⁴ (Fig. 1A). Sinon, l'objectif d'acquérir une vaste expérience clinique avec les

¹⁴La rotation clinique des programmes d'étude est un élément central du programme type élaboré par le World Psychiatric Association (WPA) ou l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). WPA : Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS : Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

différents groupes d'âge, les différentes maladies et leurs différents degrés de sévérité ne peut être atteint. Contrairement à la psychiatrie avec ses deux titres de spécialiste distincts (psychiatrie et psychothérapie pour les enfants et les adolescents ou psychiatrie et psychothérapie pour les adultes) et les autres sous-spécialités dans ces domaines, le projet actuel suppose que les psychothérapeutes psychologues sont capables de traiter les patients de tous âges sans distinction sans justifier de l'expérience clinique nécessaire. Cette situation est indéfendable professionnellement, d'autant plus qu'il existe un certificat fédéral suisse distinct dans le domaine de la psychologie de l'enfant et de l'adolescent, qui n'est d'ailleurs pas pris en compte dans la consultation en cours.

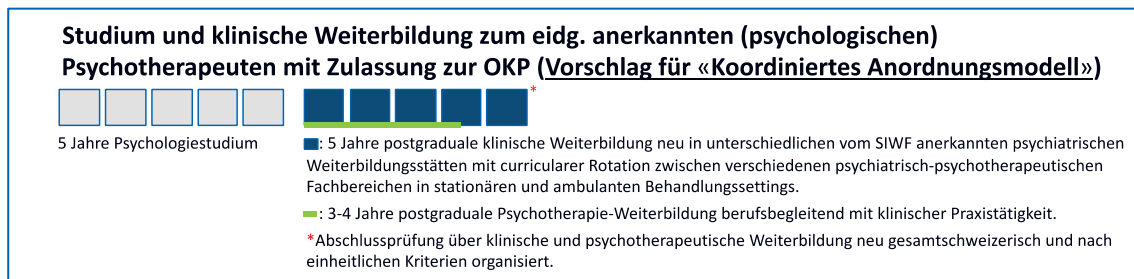


Fig. 6 : Formation postgraduée clinique requise pour les psychothérapeutes psychologues dans le « modèle de prescription coordonné » : pour préparer adéquatement du point de vue clinique les psychothérapeutes psychologues à travailler indépendamment dans leur propre cabinet, la durée de la formation postgraduée doit être augmentée à cinq ans et intégrée dans un cursus. Elle doit avoir lieu dans des établissements psychiatriques offrant des soins hospitaliers et ambulatoires qui ont agréés par l'ISFM comme des centres de formation postgraduée en psychiatrie et en psychothérapie. Contrairement aux ordonnances en vigueur et à celle qui est l'objet de la consultation (voir aussi la Fig. 1), l'ensemble de la formation postgraduée clinique destinée aux futurs psychothérapeutes psychologues aura lieu dans des centres de formation postgraduée agréés par l'ISFM.

3.1.1.3 Critères unifiés à l'échelle de la Suisse pour l'obtention du certificat de formation postgraduée des psychothérapeutes psychologues

En outre, un organe de coordination global doit être établi dans le domaine de la formation postgraduée de la profession de psychologue, où les parties prenantes concernées seront représentées. Pour ce faire, l'ISFM pourrait servir d'exemple. L'ISFM regroupe tous les principaux acteurs des formations complémentaires et continues des médecins : toutes les associations médicales, les facultés de médecine et autres fournisseurs agréés de programmes de master, les personnes participant aux formations, les formateurs, les représentants des centres de formation postgraduée et les institutions publiques (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Office fédéral de la santé publique (OFSP), Commission des professions médicales (MEBEKO)). À ce niveau, qui est supérieur aux fournisseurs agréés de programmes de formation postgraduée, il devrait également être possible de réglementer et de coordonner au niveau national l'attribution des titres (pour tous les domaines en psychologie où il est possible d'obtenir des diplômes suisses de formation postgraduée) et la reconnaissance des cours et des centres de formation postgraduée.

3.1.1.4 Les centres de formation postgraduée pour les futurs psychothérapeutes psychologues sont en péril

Enfin, il convient de veiller à ce que, du fait de la suppression de la psychothérapie déléguée, les services fournis par les psychothérapeutes psychologues dans les services ambulatoires et ceux qui suivent une formation postgraduée sans autorisation d'exercer leur activité à la charge de l'AOS ne

soient pas exclus de la facturation des prestations à la charge de l'AOS¹⁵. Cela affaiblirait en particulier les services ambulatoires des établissements psychiatriques et leur rôle important dans la prise en charge des patients.

En d'autres termes, contrairement à ce qui est énoncé dans les documents de la consultation, le sous-chapitre 02.02 doit rester dans TARMED (« Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière »). Ceci est décrit de manière plus approfondie dans le chapitre 3.3.3.1.

Cela limiterait également leur capacité financière à dispenser une formation postgraduée clinique aux psychothérapeutes psychologues et à leur proposer des soins ambulatoires appropriés. Par conséquent, une solution axée sur les objectifs est proposée en ce qui concerne les services ambulatoires en établissement psychiatrique (voir ci-dessous dans le chapitre 3.3).

Pour atteindre les objectifs de la modification de l'ordonnance, les exigences de qualité accrues pour la formation postgraduée clinique des psychothérapeutes psychologues doivent également s'appliquer aux psychologues déjà titulaires d'une licence cantonale valide et travaillant désormais dans leur propre cabinet.

3.2 Mesure 2 : Évaluation de la qualité de l'indication et du traitement par l'expertise du médecin prescripteur

Afin de garantir le respect de la bonne indication thérapeutique pour une psychothérapie psychologique, la compétence du médecin « prescripteur » doit être disponible pour pouvoir définir et surveiller de manière professionnelle l'indication de la psychothérapie.

3.2.1 Prescription d'une psychothérapie psychologique régulière

Cette tâche devrait être confiée à un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie pour les adultes ou pour les enfants et les adolescents.

3.2.2 Prescription d'une intervention psychothérapeutique courte et limitée de dix séances dans les cabinets de médecine de premier recours

Le droit de prescrire une intervention psychothérapeutique courte et limitée à dix séances, peut être étendu à la médecine de premier recours élargie, à savoir avec un certificat fédéral de formation postgraduée en médecine interne générale (y compris l'ancien titre de médecine générale et médecine interne), neurologie, gynécologie et obstétrique, médecine de l'enfance et de l'adolescence, ainsi que les médecins titulaires d'un certificat d'aptitude en médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP). Cette prescription veille à ce que les personnes souffrant de problèmes plus légers et/ou moins complexes (problèmes de couple, réactions au deuil et à la perte, humeurs dépressives légères, syndrome de fatigue, angoisses existentielles, etc.) qui viennent souvent chercher de l'aide au cabinet de médecine de premier recours, puissent bénéficier simplement et facilement d'un soutien psychologique-psychothérapeutique.

¹⁵Source dans la note de pied de page ³ : page 12 : « chapitre 2.9 Tarification - la psychothérapie déléguée en cabinet médical est désormais réglementée dans le chapitre 02.03 de TARMED. À compter de la date d'entrée en vigueur des modifications, ces positions TARMED pour la psychothérapie déléguée en relation avec l'AOS devraient être supprimées car les prestations de psychothérapie déléguée ne pourront plus être remboursées par l'AOS. Ceci s'applique également au sous-chapitre 02.02 « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière ».

3.2.2.1 Autres étapes après une intervention psychothérapeutique courte

Si la psychothérapie psychologique ne porte pas ses fruits après dix séances, il s'agit probablement d'un trouble potentiellement plus grave, susceptible de devenir chronique, ou d'une pathologie psychique non traitable par la psychothérapie pure, comme les données de la Fig. 7 le montrent.

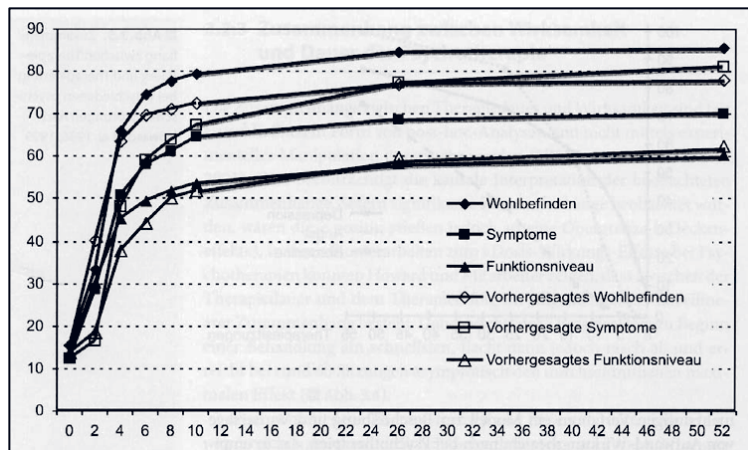


Fig. 7 : L'effet thérapeutique de la psychothérapie est maximal pendant les dix premières heures, puis il atteint un plateau. Si aucun effet clinique suffisamment fort n'est atteint au cours de cette période de dix heures d'intervention psychothérapeutique courte, le diagnostic ou l'indication du traitement doit être examiné par un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie.

Figure extraite de Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. [La redécouverte de l'individu dans la*

recherche en psychothérapie]. Tübingen : dgvt-Verlag.

Dans de tels cas, l'indication d'une prise en charge par un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie ou un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie pour les enfants et les adolescents doit être examinée. Cela peut entraîner la poursuite de l'intervention psychologique-psychothérapeutique commencée ou, selon les indications cliniques, des examens et des modalités de traitement supplémentaires.

Enfin, la coopération interprofessionnelle entre psychologues et médecins spécialistes habilités à prescrire doit être réglementée de manière contraignante¹⁶.

3.3 Mesure 3 : Couverture des coûts supplémentaires liés aux prestations médico-psychiatriques complexes

Le changement de système prévu par le Conseil fédéral, qui passe d'un modèle de délégation à un modèle de prescription, offre une excellente occasion d'établir une prise en charge médicalement et psycho-psychothérapeutique utile et en même temps socialement juste pour les personnes atteintes de troubles psychiques.

À l'avenir, il faudra veiller à ce que les coûts supplémentaires liés à la gestion économique des interventions de crises spécialisées faciles d'accès et souvent fastidieuses, des soins d'urgence et de soins aigus, même la nuit, les week-ends et les jours fériés, ainsi que le coût du traitement à long terme des patients atteints de troubles psychiques graves, et ceux vivant dans les zones rurales soient correctement représentés et traités par le système de tarification des soins ambulatoire de TARMED. En conséquence, il sera possible d'obtenir la réduction nécessaire du délai d'attente pour une place de traitement (voir la note de pied de page ⁶) pour les patients souffrant de troubles psychiques.

¹⁶Voir la note de pied de page ⁵.

3.3.1 Vérité des coûts - pas de tarifs plus élevés

Dans la mesure 3, le SMHC ne cherche pas à demander des tarifs plus élevés pour les prestations psychiatriques.

Il s'agit plutôt de faire figurer les coûts qui ne sont pas couverts par le système tarifaire actuel et de les intégrer correctement dans les tarifs.

La méthodologie exacte utilisée pour mettre en œuvre cette exigence ou celle pour la fourniture des aspects centraux sera négociée pour une structure tarifaire qui couvrira les coûts non couverts des prestations fournies.

3.3.2 Tarifs pour la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques difficiles et complexes

Les cas psychiatriques et psychothérapeutiques complexes et complexes sont, par exemple, les patients atteints de schizophrénie, de troubles de la personnalité, de troubles du spectre autistique, d'addictions, de troubles affectifs graves, de syndromes psychoorganiques ou d'autres maladies mentales souvent chroniques ou récurrentes, ainsi que les patients présentant des comorbidités, comme p. ex. les troubles alimentaires complexes ou les maladies compulsives et obsessionnelles. Le traitement spécialisé intégré comprend un traitement psychothérapeutique adapté à chaque cas et inclut généralement une consultation socio-psychiatrique et psychiatrique (p. ex. inclusion des membres de la famille, des employeurs, des autorités, de la maison de repos, des interventions de proximité), ainsi qu'une psychopharmacothérapie comprenant un suivi de l'évolution clinique et des mesures médico-psychologiques et consultatives. En outre, les coûts de la fourniture de prestations dans les situations de crise et d'urgence doivent être couverts la nuit, le week-end et les jours fériés.

3.3.2.1 Degré de sévérité et coûts de traitement

Comme avec TARPSY en milieu hospitalier, la gravité et les coûts de traitement de la maladie en cas de traitement ambulatoire doivent être examinés dans le système tarifaire TARMED (« égalité des performances » ou « orientation vers la performance » d'après l'assurance-maladie). Les différents systèmes permettent de représenter de manière adéquate la complexité de la maladie et toutes les comorbidités (p. ex. PCCL, Patient Clinical Complexity Level [niveau de complexité clinique du patient], etc.). Cela permet de créer la possibilité de traiter les patients souffrant de troubles plus complexes sur une base ambulatoire en couvrant le coût des soins.

Enfin, il convient de veiller à ce que l'autorisation des psychothérapeutes psychologues à exercer indépendamment leur activité et l'augmentation attendue du volume des prestations et des coûts, outre l'augmentation prévue des primes d'assurance maladie, avec leurs effets sur le tarif psychiatrique, n'entraînent pas une nouvelle détérioration du financement des services psychiatriques-psychothérapeutiques pour les patients atteints de pathologies complexes et graves, car ils nécessitent un effort de traitement beaucoup plus important (également en dehors des séances).

3.3.3 Problème du changement de modèle pour les prestations psychologiques-psychothérapeutiques dans les établissements psychiatriques offrant des soins ambulatoires

Avec la forme actuelle du modèle de prescription prévu par le Conseil fédéral, les prestations psychologiques psychothérapeutiques dispensées en ambulatoire dans les cabinets médicaux [sous-chapitre 02.03 de TARMED, « Psychothérapie déléguée au cabinet médical »] ne feront plus partie de

la structure tarifaire médicale de TARMED, car les prestations psychologiques-psychothérapeutiques ne font plus dispensées sous la responsabilité du médecin.

Selon le rapport explicatif sur le projet soumis à la consultation ⁴, les positions de TARMED pour les prestations psychologiques fournies en soins ambulatoires devraient également être supprimées pour les services ambulatoires hospitaliers [sous-chapitre 02.02 de TARMED « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière »]. Ainsi, nous courons le risque que les prestations des psychologues dans les services ambulatoires hospitaliers ou des autres institutions (notamment les offres intermédiaires) ne soient plus remboursées par l'AOS. La suppression du sous-chapitre 02.02 de TARMED signifierait également que les prestations des psychothérapeutes psychologues travaillant dans des hôpitaux et des cliniques qui n'auraient pas encore rempli les conditions pour être autorisés à exercer à la charge de l'AOS, ne seront plus remboursées par les caisses maladie, même s'ils travaillent sous la responsabilité et la supervision de médecins spécialistes ou de professionnels de la santé mentale.

3.3.3.1 Place de formation postgraduée pour les futurs psychothérapeutes psychologues

Du point de vue de la psychiatrie institutionnelle (et plus particulièrement des psychothérapeutes psychologues en formation postgraduée (y compris l'acquisition de l'expérience clinique)), il serait grave si ces changements privent les institutions psychiatriques dans lesquelles les personnes en formation sont ou seront actives, des ressources financières nécessaires pour employer des psychothérapeutes psychologues. La conséquence serait une pénurie massive de centres de formation postgraduée ambulatoires pour les futurs psychothérapeutes psychologues.

Pour cette raison, dans TARMED, il devrait toujours exister la possibilité que les établissements psychiatriques offrant des soins ambulatoires et intermédiaires et reconnus comme centres de formation postgraduée par l'ISFM puissent non seulement facturer les prestations des psychologues agréés par l'AOS, mais également les prestations psychothérapeutiques fournies par des psychologues en formation postgraduée. Il est ainsi possible de garantir que les psychologues continuent à pouvoir poursuivre leur formation postgraduée en tant que psychothérapeutes dans des centres de formation postgraduée psychiatriques ambulatoires agréés par l'ISFM et à engager des psychologues spécialisés sans agrément de l'AOS dans les services ambulatoires des institutions.

Les positions actuelles dans le sous-chapitre 02.02 « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière » de TARMED sont donc obligatoirement maintenues dans les cliniques externes, les hôpitaux de jour, les traitements de proximité, comme p. ex. les traitements à domicile et autres similaires, reconnus comme formations postgraduées par l'ISFM, même après la date d'entrée en vigueur des modifications de l'ordonnance, avec les ajustements appropriés.

3.3.4 Nouveau tarif en dehors de TARMED pour les prestations de psychothérapie psychologique prescrits et fournies de manière indépendante dans un cabinet privé de psychologie

Les services de psychothérapie psychologique figurant aujourd'hui dans le sous-chapitre 02.03 de TARMED pour la « la psychothérapie déléguée dans le cabinet du médecin » seront approuvés par les partenaires tarifaires, c'est-à-dire entre les associations de psychologues et les assureurs dans une convention collective correspondante. Comme indiqué dans les documents de la consultation, le

résultat sera un tarif distinct de l'AOS¹⁷, comme ce qui est appliqué aux autres prestataires de soins indépendants et non médicaux.

Pour l'amélioration des soins dans le domaine de la psychothérapie psychologique envisagée par le Conseil fédéral, il est essentiel que l'accord tarifaire différencie les coûts de traitement (comme cela existe déjà dans TARPSY pour les soins hospitaliers). Le changement de système offre la possibilité de corriger les mauvaises tentations actuelles pour mieux traiter les troubles psychiques difficiles et complexes. La pression sur les coûts a eu pour conséquence que les cas longs et complexes n'étaient rémunérés de manière rentable que grâce aux subventions cantonales.

Il est impossible d'imaginer ce qui se passera si le volume des prestations augmente avec l'application du modèle de prescription du conseil fédéral et accroît encore la pression économique. Du point de vue de la politique de la santé, cela est pertinent car les consultations dans les services de psychiatrie ambulatoires ont considérablement augmenté. Cela signifie qu'il existe actuellement un glissement important vers les services psychiatriques-psychothérapeutiques ambulatoires subventionnés par les cantons (Fig. 8).

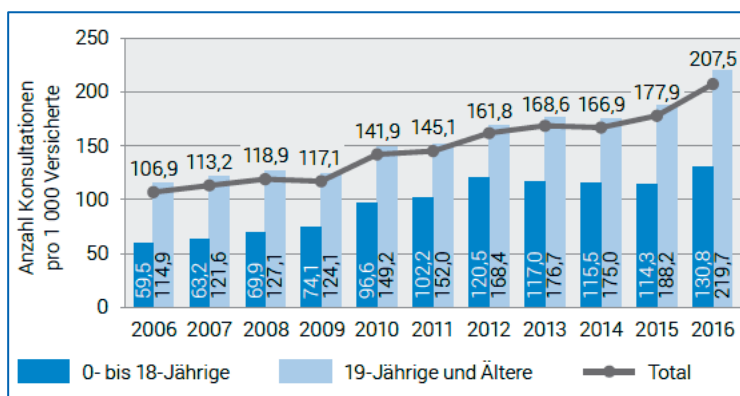


Fig. 8 : Nombre de consultations psychiatriques en milieu hospitalier ambulatoire de 2006 à 2016, extrait du bulletin OBSAN 05/2018, fondé sur le pool de données de SASIS AG (état des données : données annuelles au 20/07/2018).

3.3.5 Problème du changement de l'OPAS : conséquences sur le tarif psychiatrique dans TARMED

Conformément à la proposition du Conseil fédéral, les exigences relatives à la psychothérapie médicale devraient s'appliquer de la même manière à la psychothérapie psychologique.

La modification de l'OPAS (article 3 « Prise en charge des coûts ») vise à réduire le nombre de séances de psychothérapie psychologique ou de psychothérapie médicale par épisode de maladie avant l'évaluation de l'assureur de 40 à 30 séances. En outre, la durée d'une session de psychothérapie médicale ou de psychothérapie psychologique devrait être réduite de 75 et 90 minutes respectivement à 60 minutes chacune. Cela correspond à une réduction de plus de 40 % (3015 vs. 1800 minutes) pour la psychothérapie médicale et de 50 % (3600 vs. 1800 minutes) pour la psychothérapie psychologique.

3.3.5.1 « Effet secondaire » de la modification de l'OPAS : contradiction avec l'objectif du Conseil fédéral

¹⁷Source dans la note de pied de page 4, chapitre 2.9, page 12 : « Tarification - la psychothérapie déléguée en cabinet médical est désormais réglementée dans le chapitre 02.03 de TARMED. À compter de la date d'entrée en vigueur des modifications, ces positions TARMED pour la psychothérapie déléguée en relation avec l'AOS devraient être supprimées car les prestations de psychothérapie déléguée ne pourront plus être remboursées par l'AOS. Ceci s'applique également au sous-chapitre 02.02 « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière ».

L'article 3 modifié (« prise en charge des coûts ») dans l'OPAS soumise à la consultation vise évidemment à contenir l'augmentation attendue et inévitable du volume des prestations de psychothérapie psychologique.

Un « effet secondaire » indésirable et grave en découle : les options de traitement des médecins spécialisés en psychiatrie et psychothérapie pour adulte et pour les enfants et adolescents sont sensiblement réduites (-40 %), bien qu'aucune augmentation de volume ne soit attendue ici.

À ce stade, la modification de l'ordonnance sape l'objectif central du Conseil fédéral, à savoir améliorer les soins pour les patients atteints de troubles psychiques. À cause de cette restriction des options de traitement par les médecins psychiatres, les patients bénéficient de moins de traitement qui nécessite une prise en charge médicale complète et allant au-delà de la psychothérapie psychologique pur. Et cela concerne évidemment les patients avec les troubles lourds et complexes.

Les effets possibles sur le TPPI sont discutés au chapitre 3.3.5.2.

3.3.5.1.1 Manque d'implication des partenaires tarifaires

La modification de l'OPAS interfère donc avec la structure tarifaire des médecins, en excluant les partenaires tarifaires, à savoir : l'association des médecins suisses (FMH), l'assurance maladie suisse, l'association des hôpitaux suisses (H+) et les assureurs sociaux fédéraux représentés dans la Commission des tarifs médicaux (CTM) de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) (assurance accidents [AA], assurance militaire [AM] assurance invalidité [AI]).

Cela a non seulement des conséquences tarifaires, mais surtout des conséquences sur la politique de fourniture des soins.

3.3.5.2 Influence de la modification de l'OPAS sur le TPPI

En outre, sous le terme « Diagnostic et traitement psychiatriques » (sous-chapitre 02.01 de TARMED), il existe des positions communes (avec des interprétations communes) pour tous les services de ce sous-chapitre (à la fois pour le TPPI et pour la psychothérapie médicale). Néanmoins, la psychothérapie médicale n'est une prestation obligatoire de l'AOS que sous certaines conditions (articles 2 et 3 de l'OPAS).

Ainsi, le modèle soumis à la consultation interfère avec la structure des tarifs médicaux et pose également la question de savoir si la modification de l'OPAS proposée affecte également le TPPI, qui représente la majorité des prises en charge ambulatoires en psychiatrie et qui n'est pas couverte par l'OPAS. Si tel était le cas, alors cette modification de l'ordonnance devrait impliquer un changement immédiat de la structure tarifaire de TARMED et la séparation claire du TPPI de la psychothérapie médicale dans TARMED, ce qui nécessiterait la participation des partenaires tarifaires.

4 Aperçu

À la lumière de ce qui précède, nous sommes convaincus que le changement de système prévu par le Conseil fédéral, avec le passage du modèle de délégation au modèle de prescription, comporte des risques et des effets secondaires qui vont à l'encontre de l'amélioration des soins psychiatriques-psychothérapeutiques. Il est à craindre que les abus des soins psychiatriques ne soient encouragés sans ajustement du modèle de prescription proposé et qu'une augmentation du volumes de prise en charge avec des incidences financières considérables, mais aussi d'autres développements indésirables ne se produise. Les effets négatifs associés affecteront à la fois l'ensemble de la population (risque d'augmentation des primes) et les patients souffrant de troubles psychiques par la détérioration de leur prise en charge.

L'objectif visant à améliorer la situation actuelle de la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychique peut être atteint grâce au « modèle de prescription coordonné » que nous avons développé et décrit dans ce document. Reposant sur une justification du besoin, il prévoit l'amélioration et le contrôle de la qualification en psychiatrie clinique des psychothérapeutes psychologues, ainsi que de la qualité de l'indication ou de l'évaluation thérapeutique par les médecins prescripteurs, ainsi que des ajustements de la rémunération des prestations. De cette manière, nous pourront mieux répondre aux besoins des patients souffrant de troubles psychiques difficiles et complexes et les prendre en charge en couvrant les coûts de leur traitement sans subvention cantonale.

De plus, il faut veiller à ce que la qualité soit évaluée en continu par des études scientifiques complémentaires après la modification de l'ordonnance. Le premier bilan après cinq ans (page 14 du l'ordonnance du Conseil fédéral) est absolument trop tardif, car des faits et des contraintes auront été créés au cours de cette période, ce qui rendrait difficile l'inversion des abus des soins psychiatriques, de l'augmentation du volume des prestations et de la hausse des coûts attendues.

En assurant une coopération coordonnée et ciblée entre les différentes professions et disciplines, à condition d'apporter les trois ajustements fondamentaux évoqués dans le « modèle de prescription coordonné » à la nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans l'AOS, il sera possible non seulement de parvenir à un traitement psychiatrique-psychothérapeutique efficace, approprié, économiquement équilibré et couvrant les coûts des soins de la population en Suisse, mais également d'améliorer significativement leur qualité.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Walter Meili, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxismgemeinschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

Adresse : Habsburgerstr. 15

Kontaktperson : Walter Meili

Telefon : 061 383 72 72

E-Mail : walter.meili@outlook.com

Datum : 13.08.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Error! Reference source not found.Dr. Meili</p>	<p>Die Verordnung löst meiner Meinung nach die im Kommentar erwähnten Probleme nicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Angebots-Mangel für Menschen in Krisen- und Notfallsituationen wird nicht durch Zulassung von psychologischen Psychotherapeuten zur selbständigen Tätigkeit aufgefangen. In Krisen- und Notfallsituationen braucht es fast immer auch Medikamente, und da braucht es doch wieder den Psychiater, da Hausärzte in der Regel zu wenig bewandert sind in Psychopharmakotherapie. • In der Situationsanalyse wird, verglichen mit dem Ausland, eine hohe Dichte an Psychiatern und psychologischen Psychotherapeuten festgestellt, hingegen eine geringe Zahl von Psychiatrie-Pflegefachpersonen. Eine Unterversorgung mit Psychotherapeuten (Ärzte und Psychologen) ist nicht ausgewiesen. Es besteht deshalb kein Anlass, den „Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen zu vereinfachen“. Festgestellt wird zu Recht ein Mangel an intermediären Angeboten. <p>Um die festgestellten effektiven Versorgungslücken zu füllen, braucht es also nicht ein Mehrangebot von Psychotherapeuten, sondern eine bessere Notfallversorgung und interdisziplinäre Teams, die auch soziale Betreuung und alltagsorientierte Unterstützung anbieten. Staatliche Ambulatorien könnten dies am besten gewährleisten.</p>
<p>Error! Reference source not found.Dr. Meili</p>	<p>Die Verordnung wird mit wesentlichen Mehrkosten verbunden sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind mehr Anbieter auf dem Markt. • Die Verordnung wird zu administrativem Mehraufwand führen (obligatorische Einstiegs- Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik u.a.). • Psychologische Psychotherapeuten behandeln heute auch vieles, was nicht als Krankheit, sondern als Befindlichkeitsstörung einzustufen ist. Es ist davon auszugehen, dass Menschen mit Befindlichkeitsstörungen, die bis anhin selber zahlten, froh sein werden, wenn neu die Grundversicherung bezahlt...
<p>Error! Reference source not found.Dr.</p>	<p>Die Verordnung wird fachlichen Begebenheiten zum Teil nicht gerecht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Zeitbegrenzung von 60 Min. pro Sitzung bei Einzeltherapien ist aus fachlichen Überlegungen ungünstig. Diverse Therapie-Methoden, z.B. Traumatherapie, benötigen oft mehr als 60 Minuten pro Sitzung. • Die fachlichen Anforderungen für Psychologen sind ungenügend (ein Jahr klinische Erfahrung in psychiatrisch-psychotherapeutischer

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Meili	Einrichtung ist zu wenig). <ul style="list-style-type: none">• Hausärzten, Gynäkologen, Kinderärzten und Neurologen fehlen in der Regel die Fachkenntnisse zur Verordnung von Psychotherapien, insbesondere für das Abfassen von Berichten zur Weiterführung einer Therapie.
-------	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found. Dr. Meili	50c	1	c.	Mind. 3 Jahre klinische Tätigkeit. Dies kann aber auch vor Erlangung des Weiterbildungstitels sein.	Während der Weiterbildung zum Weiterbildungstitel in Psychotherapie eine klinische Erfahrung von 3 Jahren.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found. Dr. Meili	2	Sie umfasst eine Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten.	Ersatzlos streichen
Error! Reference source not found. Dr. Meili	3	Dauer einer Sitzung bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien ist zu wenig	Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien
Error! Reference source not found. Dr. Meili	11b	Keine Ärzte mit Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin als verordnende Ärzte zulassen.	Auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit eidgenössischem Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis „Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM).
Error! Reference source not found. Dr. Meili	11b	Wenn Psychologen schon selbständig abrechnen können sollen, sollten sie auch in der Lage sein, den Bericht zur Fortsetzung der Therapie selber zu verfassen.	Der Antrag mit Bericht erfolgt durch den behandelnden Psychotherapeuten oder die behandelnde Psychotherapeutin.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Psychiatrie Praxis Dr. med. Viviana Reyes

Abkürzung der Firma / Organisation : Psychiatrie Praxis

Adresse : Hauptstrasse 122, 4102 Binningen

Kontaktperson : Dr. med. Viviana Reyes

Telefon : +41 61 422 12 44

E-Mail : praxis.vreyes@hin.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found. Psychiatriepraxis Viviana Reyes	DR. MED. VIVIANA REYES LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB.
Error! Reference source not found.	Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden. <i>Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, welche die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i>
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
<p>Error! Reference source not found. Dr. med. Viviana Reyes Psychiatriepraxis</p>	50	1	c	<p>Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von <u>einem Jahr</u> in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B).</p> <p>Trotz den guten theoretischen Kenntnissen für die Behandlung von psychiatrischen Störungen, die Psychologen-innen während ihrem Studium erwerben, verfügen sie kaum über genügende klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen.</p> <p>Ein Arzt/ eine Ärztin hat nach sechs Jahre Medizinstudium noch zusätzlich eine sechs Jahre Fachausbildung in Psychiatrie und noch zudem eine Ausbildung in Psychotherapie absolviert. Das ermöglicht ihn/sie ein breites Spektrum von psychisch kranken Menschen zu behandeln, auch solche, die sich in Notfall- und Krisensituationen befinden, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Die erworbene Erfahrung während allen</p>	<p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 2 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Krankheitsspektrum).</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>diesen Jahren darf man nicht mit der klinischen Erfahrung von Psychologen vergleichen. Dieser konkrete Unterschied in der Ausbildung spiegelt sich schon jetzt in der Behandlung von psychiatrisch kranken Menschen wider. Folglich werden sich die Psychologinnen und Psychologen auch in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren. In diesem Bereich werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots und damit einer Kostenausweitung sorgen, <u>ohne</u> entsprechende Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen, Kinder und Jugendliche).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft nicht nur zusätzliche somatische Leiden, somatopsychische und psychosomatische Erkrankungen, sondern auch die tatsächlichen neuropsychiatrischen Erkrankungen, die wir behandeln und eine Pharmakotherapie verlangen. Diese benötigt praktische Erfahrungen in der Anwendung von Psychopharmaka und anderen somatischen Medikamenten, Arbeit mit Familien und Betreuung-/Beschulungssystemen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.</p> <p>Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung der bedürftigen Personengruppen wird nicht behoben werden, hingegen wird es voraussichtlich zu einer Fehlversorgung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, in kürzeren Zeiträumen kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Im Altersbereich und Bereich der schwer erkrankten Personen ist häufig eine Erhaltung oder nur langsame Verschlechterung der verbliebenen Vermögen ein sinnvolles Therapieziel. Diese Patienten werden grosse Mühe haben, eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten, wenn „Erfolg“ durch Verbesserungen auf Skalen gemessen werden soll.</p> <p>Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die adäquate Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen, da diese derzeit ohnehin mit immer grösseren Problemen in der Rekrutierung geeigneten ärztlichen Personals zu kämpfen haben. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p>Durch den Wegfall der bisherigen delegierten Psychotherapie und die zukünftig mangelnde Ausbildung in der Behandlung komplexer Fälle, werden auf längere Sicht diejenigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten für die Versorgung schwerer erkrankter Patienten fehlen, welche heute eng mit einem Psychiater/ einer Psychiaterin unter einem Dach mit regelmässigen Super- bzw. Intervisionen zusammenarbeiten und dadurch eine ständige Kompetenzerweiterung in der Versorgung schwerer erkrankter Patienten und Patientinnen erfahren und dadurch adäquat in der Lage sind, diese Patienten mitzuversorgen.</p> <p><i>FORDERUNG: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wie bereits früher schon, fordern wir eine</i></p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p><i>Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf <u>zwei</u> Jahre in einer SIWF- anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut).</i></p>	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
<p>Error! Reference source not found. Dr. med. Viviana Reyes Psychiatriepraxis</p>	<p>2, Abs. 1, Bst. B)</p>	<p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig und nicht zielführend.</p> <p>Psychiaterinnen und Psychiater stellen Diagnosen mittels integraler klinischer Befunderhebung incl. Anamnese und Fremdanamnese, wozu bei Bedarf auch Fragebögen, Tests oder klinische Interviews hinzugezogen werden können, und nicht einseitig mittels Instrumente zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Es existieren keine geeigneten Instrumente, welche dem Anspruch gerecht werden, eine Diagnose zu sichern oder alleinig den Verlauf zu beurteilen. Hier bedarf es zwingend eines Gesamturteils, welches alle Aspekte miteinbezieht und gegeneinander abwägt.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden auch gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapie-methoden sind Fragebögen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat. Speziell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind derlei Messinstrumente ohnehin</p>	<p>STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>wenig geeignet und aussagekräftig, da hier auch das Urteil der beteiligten Erwachsenen eine bedeutende Rolle spielt.</p> <p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, dürfte doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden präferieren. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Einmal mehr ist zu befürchten, dass gerade die schwerkranken und dauerhaft behinderten Patienten, bei welchen sich kaum oder keine Verbesserungen abbilden lassen, benachteiligt werden. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungen.</p> <p>In der somatischen Medizin werden auch keine diagnostischen Instrumente vorgeschrieben, da man vertrauensvoll davon ausgehen kann und darf, dass Ärzte und Ärztinnen solche selbstverständlich verwenden, wenn sie deren bedürfen, sie aber auch nicht anwenden, wenn nicht notwendig oder sinnvoll.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert, welche Konsequenzen diese haben werden und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen und welche Konsequenzen sich daraus ergäben. Dieser Punkt ist extrem heikel, da sich, sollten die Daten zur Beurteilung einer Verlängerung der Kostengutsprache verwendet werden, nicht absehbare Vor- und Nachteile für bestimmte Patientengruppen ergäben. Bei einem möglichen Vergleich von Einzelpraxen im Sinne eines Benchmarking bestünde die Gefahr einer positiven Patientenselektion und Benachteiligung von Ärzten, welche sich um Patientinnen kümmern, welche sich nicht in einem gewünschten Sinne auf entsprechenden Skalen abbilden lassen, z.B. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen, welche mehr als junge Menschen mit Ressourcen und gutem Verbesserungspotential der ärztlichen Behandlung, Betreuung und Fürsorge bedürften. Psychiatrische Behandlung ist in vielen Fällen Langzeitbehandlung bis zum Tod. Hier spielen skalierbare quantifizierende Instrumente zur Verlaufsbeurteilung nur eine sehr marginale Rolle</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> <p>Sollte die Forderung nach Messinstrumenten der Einschränkung einer befürchteten Mengenausweitung dienen, so ist diese bei ärztlichen Psychotherapeuten, welche ohnehin unter Nachwuchssorgen leiden, nicht nötig. Im Gegenteil könnten solche unnötigen und als sinnlos erlebten administrativen Eingriffe in die Behandlungsfreiheit junge Kollegen und Kolleginnen zusätzlich davon abhalten, den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie anzustreben.</p> <p><i>FORDERUNG: Frau Dr. med. Viviana Reyes fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</i></p>	
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art. 3</p>	<p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der Ordnungsänderung zu erwartenden Mengenausweitung als Argument einer kostendämpfenden Massnahme zu dienen. Ein Psychiater/ eine Psychiaterin arbeitet nicht weniger oder mehr, wenn er</p>	<p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>oder sie nach 30 Stunden bereits einen Antrag stellen muss. Die abrechenbaren Stunden bleiben gleich, nur die mit dem Patienten/der Patientin verbrachte Zeit verringert sich, da mehr Zeit in die Berichtschreibung fliesst. Der Beruf wird durch die zusätzliche administrative Last erneut unattraktiver, ein Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. –zahler ist nicht erkennbar.</p> <p>Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken und sind eine Beeinträchtigung für die Therapie (Stichworte Vertrauensbildung und Sicherheit).</p> <p><i>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprache gesuch!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Bestimmte Therapiemethoden (z.B. Traumabehandlungen, Konfrontation, Einbezug eines Angehörigen u.a.) oder bestimmte Situationen (z.B. häufig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo oft zahlreiche Beteiligte aus dem System miteinander interagieren müssen) bedürfen längerer Zeiteinheiten. Eine Dauer von 75 min ist nicht selten heute bereits zu knapp bemessen.</p> <p>Eine Maximaldauer in der Psychotherapie festzulegen (ausser bei Kriseninterventionen) erscheint grundsätzlich sinnvoll, sie sollte aber so bemessen sein, dass man innerhalb dieser Zeit angemessen arbeiten kann und nicht unter Zeitdruck kommt, was sich kontraproduktiv auf das Ergebnis auswirken könnte (so wie es im somatischen Bereich wenig sinnvoll erschiene, z.B. Operationszeiten knapp zu limitieren, da man auch dort um des Ergebnisses willen genügend Zeit und Ruhe zum arbeiten benötigt).</p> <p>Auch hier wird einer befürchteten Mengenausweitung nicht wirksam entgegnet, da sich ein Arbeitstag eines psychotherapeutischen Leistungserbringers nicht verkürzt oder verlängert, wenn Behandlungseinheiten limitiert werden.</p> <p>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</p>	
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art. 11b, Bst. A.</p>	<p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche</p>	<p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die anordnende Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können und er/sie muss die ärztliche Verantwortung dafür voll tragen können.</p> <p><i>FORDERUNG: Frau Dr. Viviana Reyes verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</i></p> <p><i>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert Frau Dr. V. Reyes die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</i></p>	<p>Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5</p>	<p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen</p> <p>«Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht... der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin»</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Ohne vertiefte Kenntnisse bzw. ohne entsprechende Erfahrung und Ausbildung in der Behandlung von psychischen Erkrankungen ist es für eine Ärztin, einen Arzt unmöglich ausreichend objektiv Patientenzustand und Verlauf der Therapie zu beurteilen. Somit ist es der Ärztin, dem Arzt ohne psychiatrisch psychotherapeutische oder psychosomatische Ausbildung im Kinder – oder Erwachsenenbereich lediglich aufgrund des Berichtes der behandelnden Psychologin, des behandelnden Psychologen nicht möglich, fundiert den Antrag zur Fortsetzung der Psychotherapie zu stellen.</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Sabine Vuilleumier-Koch

Adresse : Tumigerstr. 71, 8606 Greifensee

Telefon : 044 940 40 74

E-Mail : sabine.vuilleumier@hin.ch

Datum : 3. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Error! Reference source not found. Sabine Vuilleumier- Koch</p>	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehe, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Veränderungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt,

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<p>dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. ○ Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen
--	---

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF-Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).

- Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.
- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Error! Reference source not found.	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten
---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).</p> <p>2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).</p> <p>3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).</p>
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found.	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i> 	<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>
				<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	
				<p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meine Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art.50</p>	<p>Abs.1</p>	<p>c</p>	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>g. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharztstitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre. Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p>	
Error! Reference source not found.			<p>II</p> <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG9 gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche</i></p>	<p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen. 2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p> <p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> <p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung</p> <p>Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found. Sabine Vuilleumier- Koch	2,3,11	Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.	Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.
		<p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	
--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p>	
		<p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosser Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren</p> <p>Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasssten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.	
Error! Reference source not found.			

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefarzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefarzte und Chefarztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Natel: +41 79 957 33 53
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG	.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH	.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	.....	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB	.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV	.....	Invalidenversicherung
KLV	.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	.....	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP	.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	.....	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	.....	Medizinaltarifkommission
MV	.....	Militärversicherung
OKP	.....	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL	.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	.....	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM	.....	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS	.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP	.....	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	.....	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF	.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC	.....	Swiss Mental Health Care
SUVA	.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC	.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	.....	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY	.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS	.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	.....	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	.....	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS	.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV	.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA	.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?	11
2.3	Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlreize und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulant psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMHC) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

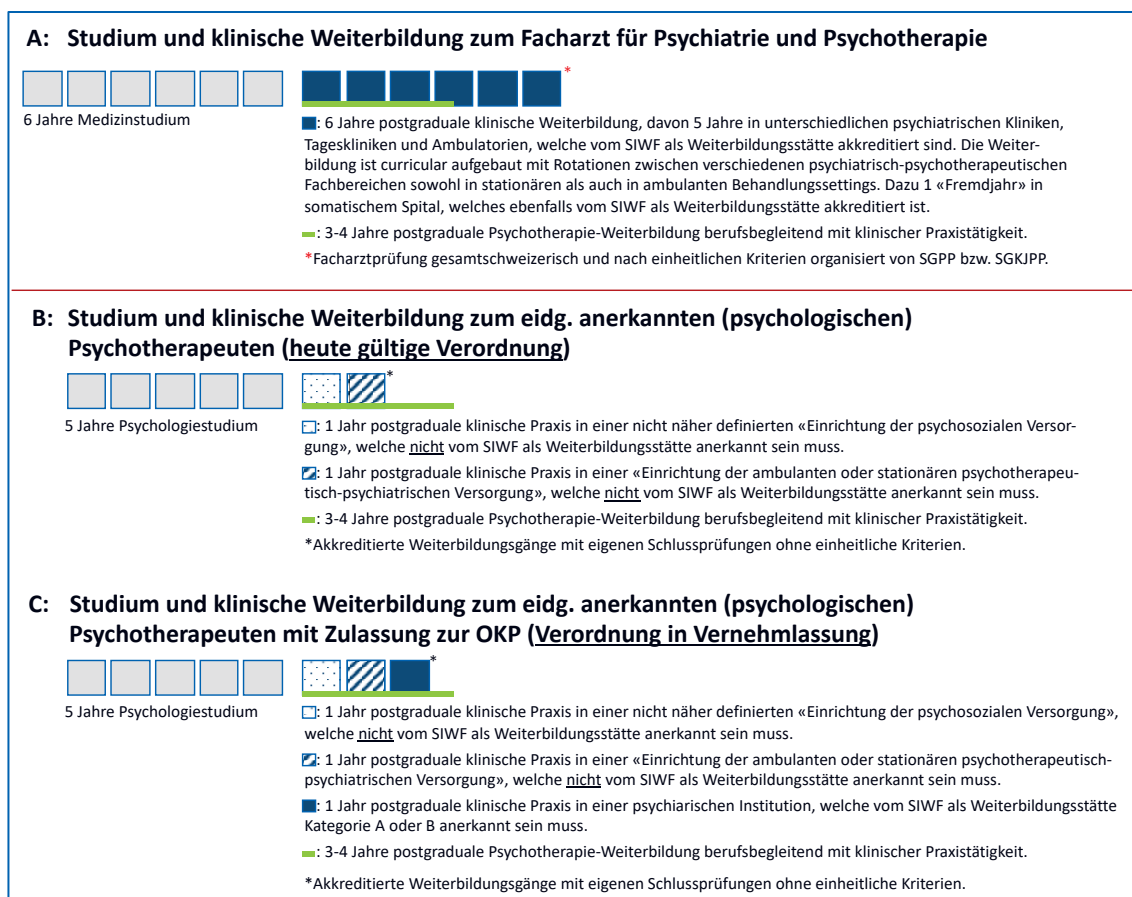


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11.2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

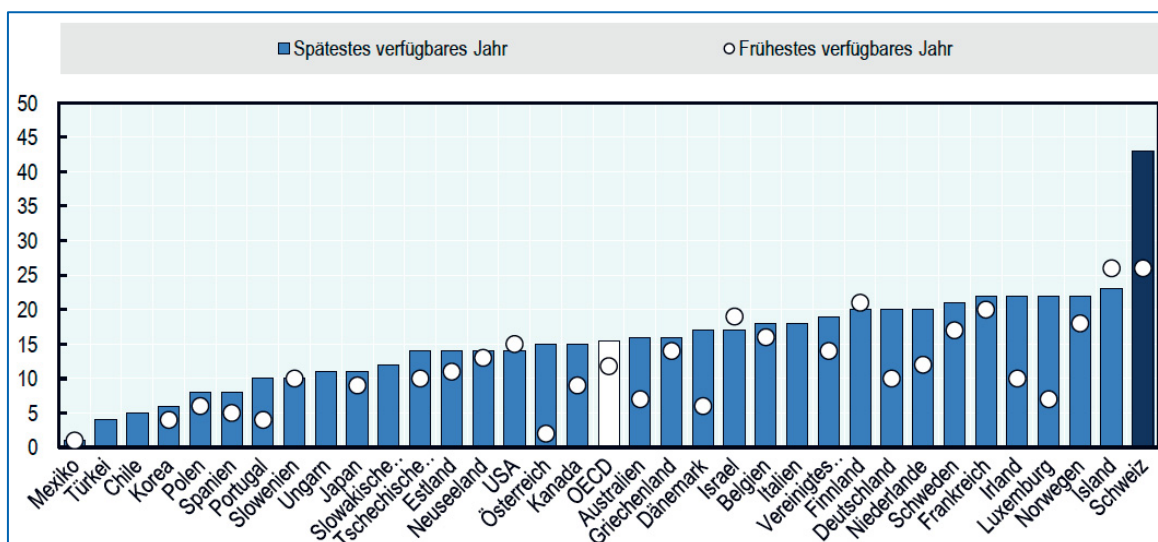


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

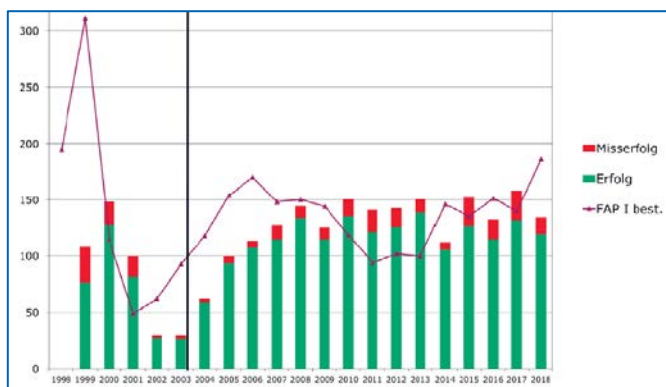


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärzttestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerzttestatistik/fmh-aerzttestatistik.cfm#1131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

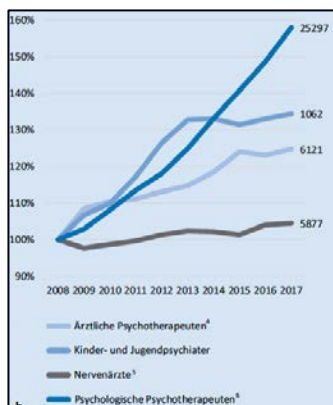


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

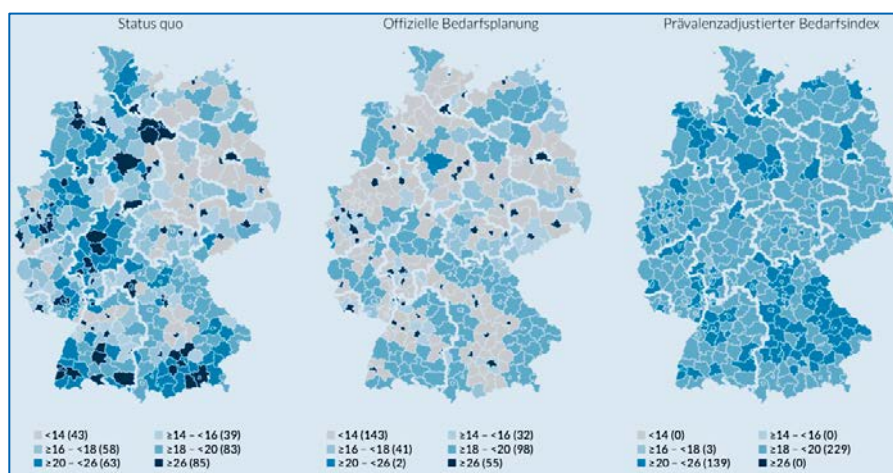


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermaßen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedarf orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharztstiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

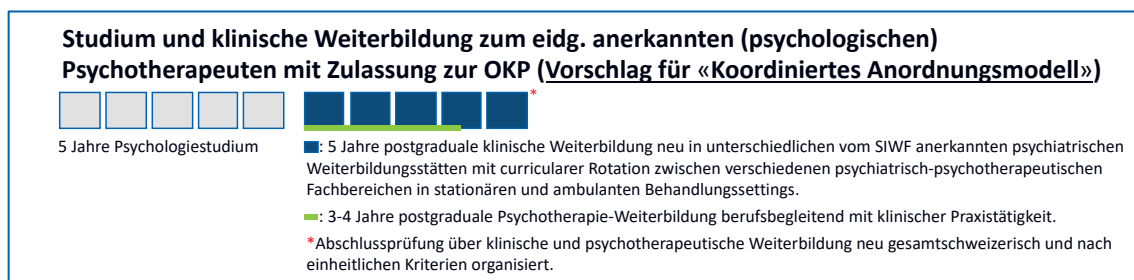


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

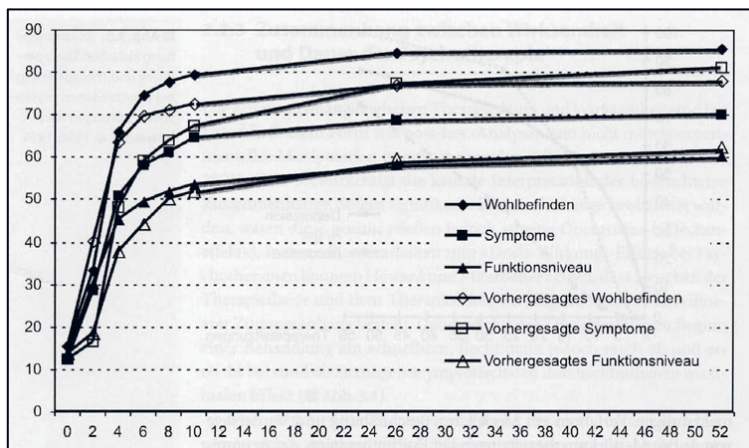


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutische Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologerverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

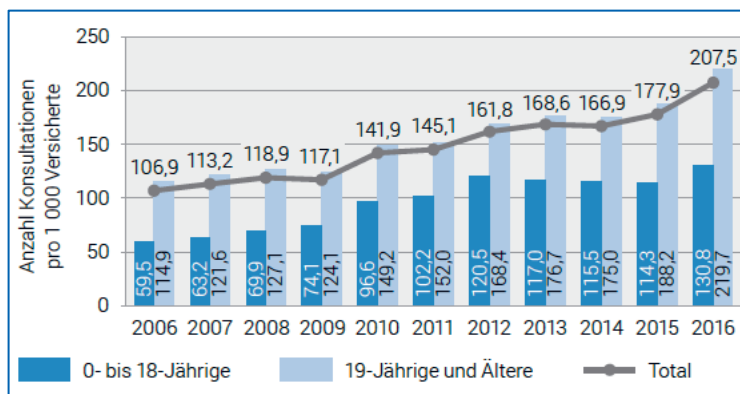


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Ordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. Werner Trueb

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Baslerstrasse 40

Kontaktperson :

Telefon : 0618337000

E-Mail : watg@gmx.ch

Datum : 26.08.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.	Zur Kostenfolge und Finanzverordnung ist zu bemerken, dass falls der Umgang mit dem Anordnungsmodell gleich gehandhabt wird wie bisher die Physiotherapie, das heisst dem anordnenden Arzt werden in einem Wirtschaftlichkeitsverfahren der Krankenkasse die angeordneten Therapien an die Gesamtkosten aufgerechnet, so muss festgehalten werden, dass dies einer an die Ärzte delegierten Rationierung entspricht. Das heisst die im Bericht zum neuen KVV-KLV geäusserten Ängste der Mengenausweitung und Kostensteigerung werden an die Ärzte abgewälzt und die Kostenverantwortung wird von den Psychologen an die Ärzte delegiert. Somit ist aus meiner Sicht von vornherein zu verhindern, dass die verordneten Kosten den Ärzten in einem Wirtschaftlichkeitsverfahren angerechnet werden.
Error! Reference source not found.	Das würde bedeuten, dass auf ein Mal ca. 4000 Psychologinnen Leistungserbringer werden.....Der Administrativen Aufwand der Krankenkassen werden somit gesteigert. Was nicht zu einer Kosten Reduktion zur folge haben wird sondern eher eine Kosten EXPLOTION durch eindeutige MEHR LEISTUNGSERBRINGER haben wird.....
Error! Reference source not found.	Meine Erfahrung hat gezeigt, dass ohne die ärztliche Kontrolle die Verrechnung der Leistungen von Seiten der Psychologen massiv werden.
Error! Reference source not found.	Alle Psychologinnen haben aufgrund Ihrer kurzen Ausbildung nicht die genügende Erfahrung um zu entscheiden, ob weiter eine Therapie fortgesetzt wird oder abgeschlossen werden kann. Die Psychologen werden einfach weiter therapieren ohne an die Kosten zu denken. Diese Kosten dürfen auf die Aerzte nicht abgewälzt werden!!!!
Error! Reference source not found.	Wenn die Psychologen Leistungserbringer werden, dann können sie sich auch an den obligatorischen Notfall-Dienst der Kantone beteiligen.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Error! Reference source not found.</p>	<p><i>FORDERUNG: Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i></p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found.	50c	1	c	Im Verhältnis zur sechsjährigen klinischen Weiterbildung der Psychiaterinnen und Psychiater ist ein Jahr stationäre Tätigkeit zu wenig. Dies soll auf mindestens vier Jahre verlängert werden.	Nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 48 Monate in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals....
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.	3	<p>Im Jahre 2009 wurde aufgrund der Veränderung der KLV Verordnung die Limite bis zur Meldung an den Vertrauensarzt von 60 auf 40 Stunden reduziert. Nach unserer Erfahrung hat diese Verkürzung keine zunehmende Ablehnung durch Vertrauensärzte zur Folge gehabt, was heisst, dass die Indikation durch die Ärzte richtig gestellt wurden und durch Verkürzung bis zur Meldung an den Vertrauensarzt keine Kosten gespart werden können, jedoch mit weiterer Verkürzung Kosten auf beiden Seiten (KK und Arzt) verursacht werden. Nach meiner persönlichen Erfahrung habe ich noch nie einen ablehnenden Entscheid erhalten, somit macht aus meiner Sicht die Verkürzung auf 30 Stunden keinen Sinn sondern verursacht Kosten. Zudem ist festzuhalten, dass die Psychiaterinnen und Psychiater vermehrt komplexere Fälle betreuen, weshalb eine frühere Meldung an den Vertrauensarzt keinen Sinn macht. Weiter ist auch die Sitzungsdauer bei 75 Minuten wie im Tarmed festgehalten beizubehalten, da Termine oft länger wie 60 Minuten dauern aufgrund individueller Unterschiede der Patientinnen und Patienten. Weiter darf auch die Gruppentherapie nicht auf 90 Minuten gekürzt werden, da Gruppentherapien oft in einer Doppelstunde stattfinden, was mit den bisherigen 105 Minuten gemäss Tarmed gerade noch geht. Eine weitere Verdichtung von Informationen zum Beispiel in Skillsgruppen ist aufgrund der kognitiven Einschränkung der Patienten nicht möglich. Das heisst das Modell der Volksschule, die die Stunden von 60 auf mittlerweile 45 Minuten bei gleichbleibendem Stoff gekürzt hat, ist nicht auf die Psychiatrie übertragbar.</p> <p>Zudem wird die Gruppentherapie gegenüber der gegenwärtig gültigen KLV Verordnung neu erwähnt und eingeschränkt. Dies macht keinen</p>	Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien. Artikel 3 b bleibt vorbehalten.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		Sinn, da Gruppentherapien per se eigentlich ein effizientes Modell sind, längerfristig besucht werden müssen, insgesamt aber wenig angeboten werden und somit ein kleiner Teil der Kostenfolge sind und somit nicht zusätzlich überwacht werden müssen. Das heisst die Einschränkung der Gruppen soll ganz weggelassen werden. Falls nicht muss die einzelnen Gruppensitzungen mindestens auf 105 Minuten erhöht werden.	
Error! Reference source not found.	3b1	Wie unter 3 erwähnt soll die Psychotherapie erst nach 40 Sitzungen im ärztlichen Bereich zu Lasten der Versicherung überprüft werden.	Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt
Error! Reference source not found.	11b2	<p>Zum Artikel ist anzumerken, dass die Minutage der Einzeltherapie wie bei den Ärzten auf 75 Minuten erhöht werden soll. Dies entspricht einer Kürzung gegenüber dem Tarmed, der derzeit bei den Psychologen mit 90 Minuten maximaler Einzeltherapie Sitzungsdauer rechnet. Auch hier ist die Gruppentherapie nicht einzuschränken oder falls sie eingeschränkt wird auf 105 Minuten zu erhöhen.</p> <p>Die Einzeltherapie muss deshalb auch länger dauern, da es sich möglicherweise um eine Krisenintervention gemäss Artikel 11 b 1b handelt, diese Sitzungen dauern oft länger wie 60 Minuten. Weiter ist hier zu regeln, dass die zweite Anordnung nach den ersten 10 Sitzungen zwingend von einer Psychiaterin oder einem Psychiater ausgestellt werden muss, damit Patienten mit längerdauernden psychotherapeutischen Behandlungen ausreichend diagnostiziert werden, um nicht eine schwere, eventuell medikamentöse zwingend zu behandelnden Krankheit längere Zeit übersehen wird.</p>	<p>Für Leistungen nach Absatz 1 a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Verordnung die Kosten von höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer bis zu 75 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 105 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> <p>Die zweite Anordnung muss nach den ersten 10 Sitzungen zwingend durch eine Ärztin oder einen Arzt mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erfolgen.</p> <p>Der Entscheid, die ärztliche Psychotherapie auf 30 Sitzungen zu verkürzen, ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Mischen sich Dritte zu früh und wiederholt in eine Psychotherapie ein, beeinträchtigt dies die Behandlung.</p> <p>Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher.</p> <p>□ FORDERUNG: <i>Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p>
Error! Reference source not found.	11b3	<p>Da es sich bei Kriseninterventionen um schwierige Situationen handelt ist eine Zeit von 60 Minuten sicher zu kurz. Zudem geht es aus meiner Sicht an der Realität vorbei, dass in einer Krisenintervention Gruppentherapien angeboten werden, weshalb die Gruppentherapie in diesem Bereich gestrichen werden kann. Die Minutage der Einzeltherapie soll jedoch auf mindestens 90 Minuten wenn nicht 120 Minuten erhöht werden.</p>	<p>Für Leistungen nach Absatz 1b übernimmt die Versicherung höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 90 Minuten bei einer Einzeltherapie.</p> <p>FORDERUNG: <i>Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie!</i></p>
Error! Reference source not found.	11b5	<p>Gleich wie bei der ärztlichen Psychotherapie soll auch bei der psychologischen Psychotherapie eine Kontrolle durch den Vertrauensarzt gemäss Verfahren Artikel 3b erst nach 40 Sitzungen erfolgen. Auch wenn die Psychologen im Bericht zum KVV-KLV berichten, dass nach 30 Sitzungen 50% ihrer Therapien abgeschlossen seien, so muss dies nicht zu diesem Zeitpunkt überprüft werden. Die Überprüfung durch einen Vertrauensarzt macht nur Sinn um Ausreisser festzuhalten und nicht 50% zu kontrollieren. Siehe dazu auch Kommentar zu Artikel 3</p>	<p>Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Artikel 1 a nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar...</p>
Error! Reference source not found.			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.			<p><i>dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis</i></p> <p><i>Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können. Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag voraus mit grossen Fallzahlen von Patientinnen und Patienten, die ein breites Spektrum von Krankheitsbildern repräsentieren. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.</i></p> <p><input type="checkbox"/> FORDERUNG: Wenn der Bund an der</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<i>Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die SGPP die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</i>
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference			

Änderung der Verordnung KVV und KLV betreffend Neuregelung der Psychologischen Psychotherapie im Rahmen der OKP

ARGUMENTARIUM und ERLÄUTERUNGEN des Vorstandes SGPP

Zur Bedeutung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
Zur Bedeutung für die Psychiaterin, den Psychiater

A. Zur Bedeutung der Änderungen von KLV Art.2&3 für die ärztliche Psychotherapie

I. ÄNDERUNG DER BEDINGUNGEN DER ÄRZTLICHEN PSYCHOTHERAPIE KLV ART. 2&3 OHNE RÜCKSPRACHE MIT DER FMPP !

Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen, die Einfluss auf die Qualität der Arbeit haben, ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden.

⇒ **FORDERUNG:** *Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.*

II. ZUR FRAGE DER BEDEUTUNG VON ART. 2 ABSATZ 1a resp. 1b

KLV-Text:

- 1a. Die Wirksamkeit der angewandten Methode ist wissenschaftlich belegt.*
- 1b. Sie umfasst eine **Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten.***

Hier stellen sich folgende wichtige und massgebliche Fragen, die ungeklärt sind:

Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?

Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig.

Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Gegebenenfalls können abhängig von Krankheitsbildern zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat.

Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein. Denn die neue Anordnung präferiert einseitig Kurztherapiemethoden. So wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen.

Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort in den Praxen finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.

Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbar Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.

Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Würde somit letztlich nicht die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird?

⇒ **FORDERUNG:** Die SGPP fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.

III. KOSTENGUTSPRACHEGESUCHE BEREITS NACH 30 SITZUNGEN UND REDUKTION DER MAXIMALEN SITZUNGSDAUER AUF 60 MINUTEN !

KLV-Text:

Art. 3 Kostenübernahme.

Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.

1. **Kostengutsprachegesuche** müssen nun bereits vor der 30. Sitzung statt wie bisher vor der 40. Sitzung eingebracht werden.

Der Entscheid, die ärztliche Psychotherapie auf 30 Sitzungen zu verkürzen, ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Mischen sich Dritte zu früh und wiederholt in eine Psychotherapie ein, beeinträchtigt dies die Behandlung.

Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher.

⇒ **FORDERUNG:** *Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachegesuch!*

2. **Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'**

Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht automatisch 60 Minuten. Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden im Falle einer Reduktion verunmöglicht oder massiv erschwert; es kommt somit zu gravierenden qualitativen Einbussen.

Eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung fehlt. Diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich.

⇒ **FORDERUNG:** *Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie!*

B. Fragen zum neuen Anordnungsmodell: Mögliche Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten sowie für die psychiatrisch – psychotherapeutische Versorgung

I. ANZAHL ANORDNUNGEN PRO KRANKHEITSFALL

Wie viele aufeinanderfolgende Anordnungen wird eine Ärztin, ein Arzt bei der gleichen Patientin, beim gleichen Patienten veranlassen (können)? 3 Anordnungen entsprechen 45 Sitzungen, d.h. einem Behandlungszeitraum von ca. einem Jahr?

Ist der Arzt, die Ärztin bereit, bei Notwendigkeit auch 10 oder mehr Anordnungen zu schreiben für dieselbe Patientin bzw. denselben Patienten, z.B. bei schweren und chronischen Störungen?

Wirtschaftlichkeitskontrolle: Welche Auswirkungen hat die anordnende Ärztin, der anordnende Arzt zu gewärtigen, wenn sie, er im Vergleich zu Kolleginnen und Kollegen deutlich mehr Psychotherapien anordnet, d.h. mehr Therapien und somit mehr Kosten veranlasst?

Validierte Instrumente zur Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik: Wird der Arzt, die Ärztin obligatorisch eine weitere Therapie anordnen, wenn die Psychologin, der Psychologe darlegt, dass aufgrund einer testpsychologischen Untersuchung eine Fortsetzung der Psychotherapie angezeigt sei? Dies kann zu unnötigen Verlängerungen der Psychotherapien und damit zu einer Mengenausweitung führen. Die Rolle der anordnenden Ärztin, des anordnenden Arztes reduziert sich auf ein Abknicken.

II. AUSWIRKUNG DES ANORDNUNGSMODELLS FÜR DIE PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPIE

Aus den bisherigen Ausführungen sind verschiedene zukünftige Szenarien denkbar:

Patientinnen und Patienten mit schweren Störungen finden keine Behandlungsplätze.

Weil viele psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht über die klinische Erfahrung und somit die Kompetenz verfügen, um Therapien mit Patientinnen und Patienten, die an schweren Störungen leiden, lege artis durchzuführen, besteht die grosse Gefahr, dass diese Patientinnen und Patienten keinen Therapieplatz bei einer psychologischen Psychotherapeutin, einem psychologischen Psychotherapeuten finden. Die Psychiaterinnen und Psychiater werden den Bedarf nicht alleine decken, die notwendige Versorgung nicht leisten können. Die Erweiterung des therapeutischen Angebotes wird sich auf Patientinnen und Patienten mit leichten psychischen Erkrankungen beschränken und dort zu einer unnötigen Mengenausweitung führen.

Zweiklassenversorgung – Zunahme von out-of-pocket bezahlten Therapien!

Vermögende Patientinnen und Patienten bezahlen die notwendige Fortführung der psychologischen Psychotherapie selber, nicht Vermögende haben das Nachsehen bzw. werden versuchen bei einer Psychiaterin, einem Psychiater unter zu kommen.

III. WER SOLL ANORNDEN?

Was bedeutet die vorgeschlagene Anordnung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinderpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) bzgl. Qualitäts- und Qualifikationsfragen?

In der aktuellen Befragung der FMPP-Mitglieder vom Juli/August 2019 vertreten 75% der Antwortenden die Haltung, dass ausschliesslich Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinderpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin anordnen können sollen. Gut 48% der Antwortenden sind einverstanden, in ihrer Praxis anzuordnen; zusätzlich sind 27% der Antwortenden unter entsprechenden Voraussetzungen dazu bereit.

⇒ **FORDERUNG:** Die SGPP verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis

Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können. Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen.

Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag voraus mit grossen Fallzahlen von Patientinnen und Patienten, die ein breites Spektrum von Krankheitsbildern repräsentieren. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.

⇒ **FORDERUNG:** *Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die SGPP die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.*

IV. ZULASSUNGSVORAUSSETZUNGEN PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN?

Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B).

Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen. Vor allem haben die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch keine Erfahrungen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Folglich werden sich die Psychologinnen und Psychologen in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren. In diesem Bereich werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots sorgen. Das wird zu einer deutlichen Kostenausweitung im Gesundheitswesen führen (weit höher als die postulierten 100 Mio.), ohne entsprechende Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen).

Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.

Deshalb ist die vorgeschlagene Ordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne

Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).

Die Unterversorgung wird nicht behoben, aber es kommt zu einer Fehlversorgung. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Sie werden grosse Mühe haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten.

Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.

FORDERUNG: *Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wie bereits früher schon, fordern wir eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf zwei Jahre. Zusätzlich unterstützen wir im aktuellen Verordnungsentwurf die Forderung nach einer zusätzlichen 12-monatigen klinischen Erfahrung nach Erlangen eines eidgenössischen Weiterbildungstitel. Dies sollte zwingend nur in einer SIWF- anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie **A** (Aufnahmewang mit breitem Patientengut) erfolgen, die per Definition ein breites Störungsspektrum der behandelten Patienten bieten und eine gewisse Mindestgrösse hinsichtlich Anzahl Patientinnen und Patienten haben.*

⇒ **FORDERUNG:** *Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die SGPP, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).*

⇒ **FORDERUNG:** *Wir unterstützen die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.*

V. WEITERE BEMERKUNGEN

Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung eine viel zu lange Zeitspanne. Die Implementierung einer Begleitforschung ist zwingend!

⇒ **FORDERUNG:** Die SGPP ist in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.

Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.

Vorstand SGPP

Bern, 26. August 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Prof. Dr. med. Wolfram Kawohl

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxis

Adresse : Alte Landstrasse 68, 8708 Männedorf

Kontaktperson : Wolfram Kawohl

Telefon : 076 334 94 35

E-Mail : kawohl@hin.ch

Datum : 16. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Error! Reference source not found.SMHC</p>	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Bedarf, Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern-optimieren und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Veränderungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<p>Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang <u>zu sein</u> scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungsv-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne <u>Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme WeiterbildungOKP-Zulassung (welche neben der einjährigen zusätzlichen klinischen Praxis eine abgeschlossene Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten bzw. zur eidg. anerkannten Psychotherapeutin voraussetzt)</u> von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung <u>und Weiterbildung</u> zusätzlich erschweren würde.
--	--

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

- Es ist zu betonen, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen **aller Altersgruppen** mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikations-**qualität** und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und **aus** ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>entsprechenden Mehrkosten führen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.</u> • <u>Die Vorlage würde durch die ausgelöste Mengenausweitung die Gefahr der konsekutiven Verschlechterung des Psychiatrie-Tarifs mit entsprechenden Folgen für die Behandlungsangebote nach sich ziehen.</u> • Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Ordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>geprüft wurden.</p> <p>Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p>
	<p>Die folgenden Massnahmen erachte ich als sinnvoll:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten <p>Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den deutlich gestiegenen höhen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).</p> 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).</p> 3. Kostendeckung gewährleisten <p>Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch aufsuchende und zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found.	Art.46		g	III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>	Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>
				Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>	
				Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen .	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art.50</p>	<p>Abs.1</p>	<p>c</p>	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> b. <i>einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> c. <i>nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>g. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss <u>insgesamt 5 Jahre (inkl. der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung»)</u> betragen und <u>an mindestens dreiein einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannten Weiterbildungsstätten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen. ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</u></p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie, <u>also auch in SIWF- anerkannten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätten der Kategorie C sowie in kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbildungsstätten</u> zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss <u>insgesamt 5 Jahre (inkl. der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung») betragen und an mindestens drei SIWF- anerkannten Weiterbildungsstätten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</u></p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>erfolgen. 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>	
				<p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist absolut unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. <u>Der-Ein weiterer</u> Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung <u>und in der Weiterbildung</u> zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach <u>bisheriger angepasster</u> Regelung (<u>das heisst psychologisch-psychotherapeutische Tätigkeit unter fachlichen Supervision und Leistungsverantwortung durch einen bzw. einer zur OKP zugelassenen eidg. anerkannten Psychotherapeuten resp. Psychotherapeutin</u>) verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SiWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur <u>nichtärztlichen psychologischen/psychotherapeutischen Leistungen in der Spitalpsychiatrie delegierten Psychotherapie</u> in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Ordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.	
Error! Reference source not found.			II	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen
			<i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG9 gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen. 2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</i>	
			Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen	
			3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen. Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und daher abzulehnen. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.</p>	
Error! Reference source not found.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.SMHC	2,3,11	Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.	Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.
		<p>Begründung</p> <p><u>Der Bundesrat schreibt im Faktenblatt zum Vernehmlassungsentwurf Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP: « Die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie gelten in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie.»</u></p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass <u>Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Psychiater und Psychiaterinnen</u>Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System</p> <p>Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der <u>Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur</u></p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen – wie alle Therapieleistung in einem Spital – unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass</p>	
--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>ausreichend-viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p> <p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sewohl nicht nur auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen sondernwie auch <u>auf die Tarife</u> der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. <u>Die ärztliche Psychotherapie würde eine Einschränkung der Behandlungszeit um</u> Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken hinnehmen müssen (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39</p>	
--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]).</p> <p><u>Durch die Gleichstellung der psychologischen Psychotherapie mit der ärztlichen Psychotherapie und die Verknüpfung der beiden psychiatrischen Leistungen (ärztliche Psychotherapie bzw. IPPB) im TARMED und im TARDOC besteht die zusätzliche Gefahr, dass auch der Tarif für die IPPB durch die KLV-Änderung tangiert wird. Die IPPB ist das Kernangebot der psychiatrischen Spitalambulatorien: Sie schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen oder konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche führend-beratende Massnahmen.</u></p> <p>Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme <u>und zur Gefahr einer Senkung der psychologischen aber auch der psychiatrischen Tarife mit entsprechenden Konsequenzen für die Versorgung aber auch für die Attraktivität der beiden psychiatrischen Fächer, welche mit grossen Nachwuchsproblemen zu kämpfen haben. einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</u></p> <p><u>Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine</u></p>	
--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><u>sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.</u></p> <p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheits- <u>und das Berufsbildungs</u>system in diesem Bereich über bloss <u>Verordnungsänderungen</u> anpeilen zu wollen. Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p> <p>Klinische Fachkompetenz erforderlich Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen. <u>Kein anderes</u></p>	
--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p><u>Facharztweiterbildungsprogramm beinhaltet eine obligatorische klinische Erfahrung in einer SIWF-anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen resp. kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbildungsstätte.</u></p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosser Ordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlassten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p>	
<p>Error! Reference source not found.</p>			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.</p> <p>Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	
Error! Reference source not found.			Siehe Annex
Error! Reference source not found.			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : med.pract. Yvonne Imlauer Kuhn, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Adresse :Wettingerstrasse 21, 5400 Baden

Telefon : +41 79 341 04 31

E-Mail : y.Implauer@hin.ch

Datum : 12. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Yvonne Imlauer Kuhn	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehe, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Veränderungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt,

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. ○ Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen
--	--

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF-Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
 - Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.
- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <p>1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten</p>
---	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).</p> <p>2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).</p> <p>3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).</p>
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i></p> <p><i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>
				<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	
				<p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meine Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Art.50</p>	<p>Abs.1</p>	<p>c</p>	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Ordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p>	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden			<p>II</p> <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i></p>	<p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

werden.			<p>1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.</p> <p>2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p>	
			Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen	
			<p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung</p> <p>Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Yvonne Imlauer Kuhn	2,3,11	<p>Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</p> <p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System</p> <p>Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): <i>«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».</i> Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: <i>«Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</i></p>	<p>Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p>	
		<p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen. Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmtesten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p>	
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>		<p>Des weiteren wird im ambulanten Bereich des Gesundheitswesens unseres Landes der Zusammenschluss der ambulant tätigen Ärzte in Gemeinschaftspraxen gefördert, da eine enge Zusammenarbeit unter den Fachärzten mit verbesserter Koordination der Behandlung der Patienten einhergeht und kostenmindernd ist.. Die Zulassung der eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten in eigener Praxistätigkeit räumlich unabhängig über die Grundversicherung abrechnen zu können steht dazu diametral entgegengesetzt. Sollte eine psychotherapeutische Praxis neu mit eigenständiger Abrechnung über die Grundversicherung möglich sein, so soll diese in logischer Konsequenz bzgl. Kosteneindämmung ebenfalls in einer Gemeinschaftspraxis mit einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie eingebunden sein. Auch hier gilt der Grundsatz, dass eine enge Zusammenarbeit der Fachärzte und psychologischen Psychotherapeuten und Koordination kostenmindernd ist.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		<p>Ich schlage vor, sich an dem Positionspapier im Annex zu orientierung. (Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).</p>	Siehe Annex
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

**Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich
ZADZ AG**
Eidg. Dipl. Betr. Oec. HWV Karin Yerebakan
Riesbachstrasse 61
8008 Zürich

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Zürich, 07. Oktober 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.
Die ZADZ AG nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Die ZADZ AG lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: **«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie»**.

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungsvorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

³ Quelle in Fussnote⁴, Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Die ZADZ AG als Autor dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen. Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsysteem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis

auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Wir lehnen Art. 46 g. ab

~~*g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems». Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer alltagspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.**

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche

klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharztstiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-erkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich

werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TAR MED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Ordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über bloße Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via bloße Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmtesten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Eidg. Dipl. Betr. Oec. HWW Karin Yerebakan
Geschäftsführerin der ZADZ AG

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich / ZADZ AG

Abkürzung der Firma / Organisation : ZADZ AG

Adresse : Riesbachstrasse 61, 8008 Zürich

Kontaktperson : Karin Yerebakan, Eidg. Dipl. Betr. Oec. HWV

Telefon : 044 386 66 00

E-Mail : kyerebakan@zadz.ch

Datum : 07. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17. Oktober an folgende E-Mail-Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen _____	3
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) _____	9
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) _____	17
Weitere Vorschläge _____	23

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.ZADZ	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Das ZADZ lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Ordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<p>quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. ○ Das ZADZ als Autor dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen
--	---

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).</p> <ul style="list-style-type: none">○ Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.• Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend. Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen. Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden. Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt. Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p>
	<p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität). 3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found.ZADZ	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i> 	<p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>
				<p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	
				<p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art.50</p>	<p>Abs.1</p>	<p>c</p>	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Veränderungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p>	
Error! Reference			II	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

source not found.			<p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i> 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen. 2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p>	
	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen			
	<p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute</p>			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.	
Error! Reference source not found.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.ZADZ	2,3,11	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.
		<p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): <i>«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».</i> Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: <i>«Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</i></p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW- Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p>	
		<p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosser Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren</p> <p>Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den MedizinerInnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlassten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.ZADZ		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.</p> <p>Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefarzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV.....	Invalidenversicherung
KLV.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	Medizinaltarifkommission
MV	Militärversicherung
OKP.....	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM.....	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP.....	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC.....	Swiss Mental Health Care
SUVA.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?	11
2.3	Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlreize und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulant psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMCH) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

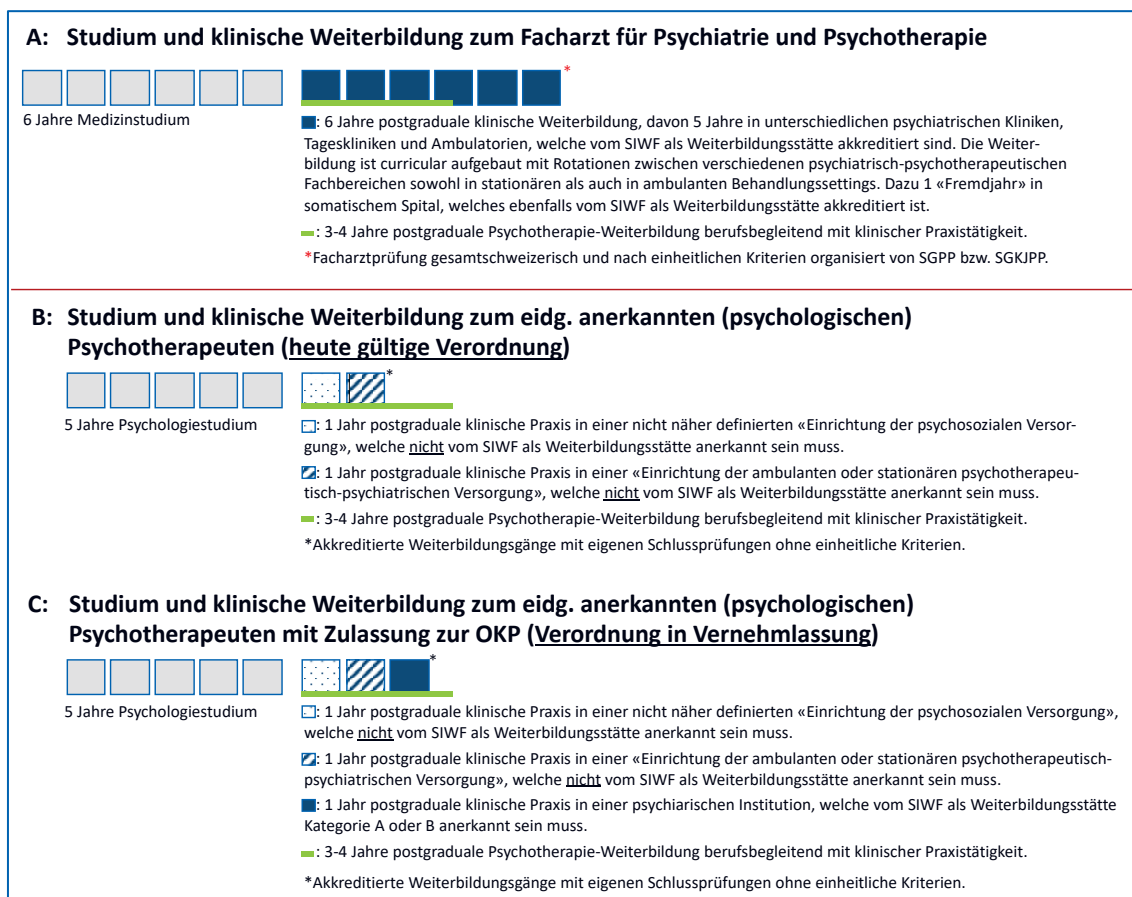


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11.2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

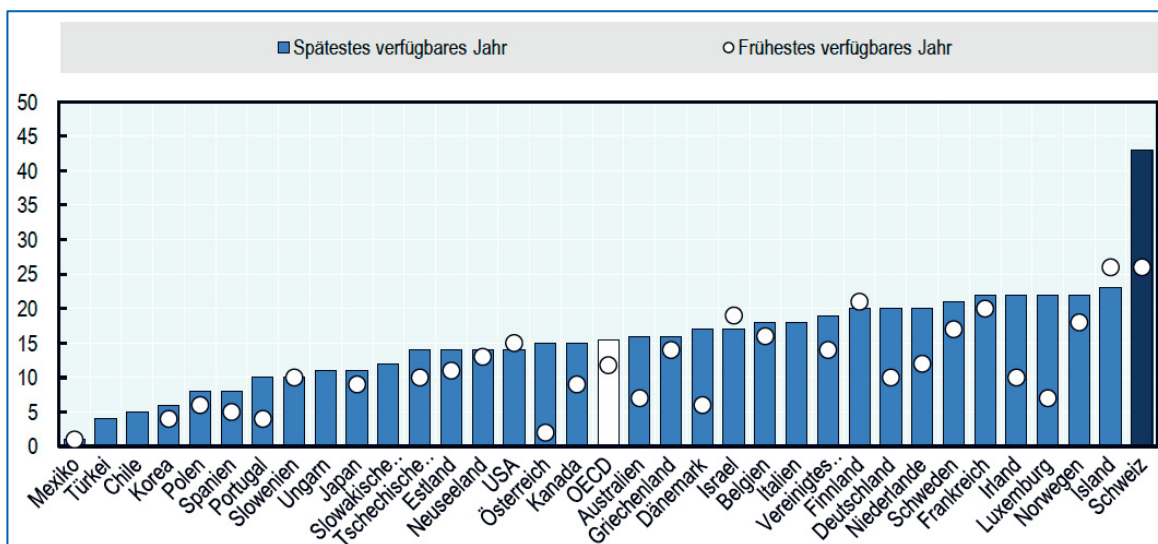


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

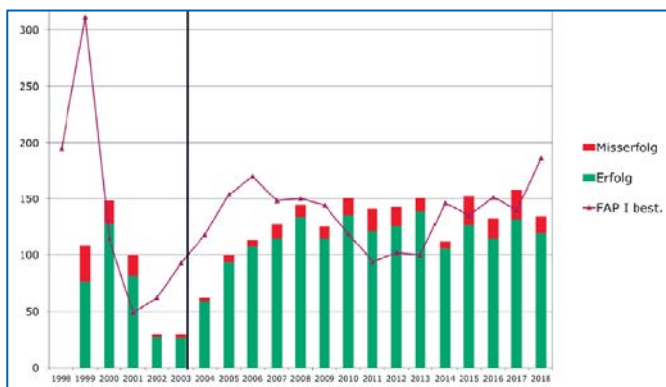


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärzttestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerzttestatistik/fmh-aerzttestatistik.cfm#1131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

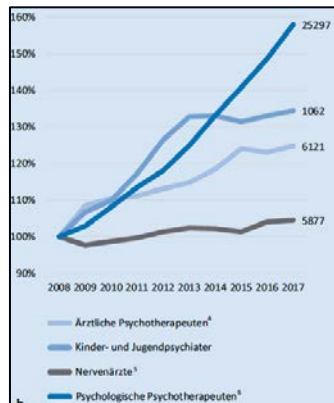


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

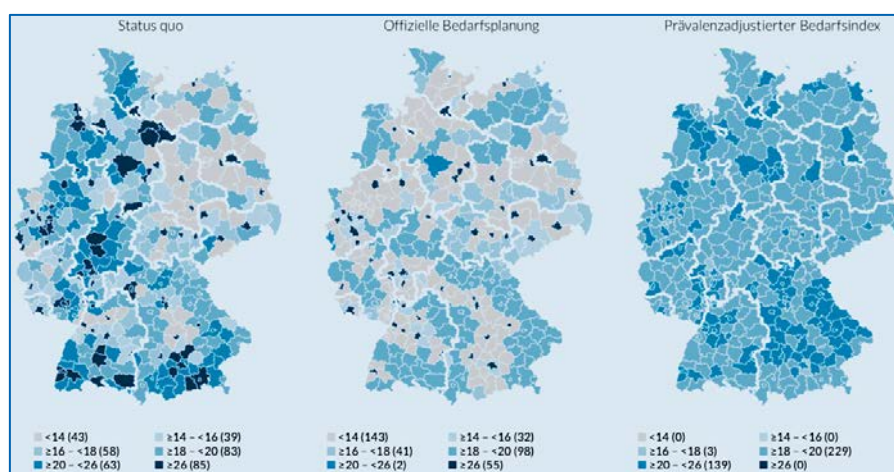


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publicationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermaßen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedarf orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharztstiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

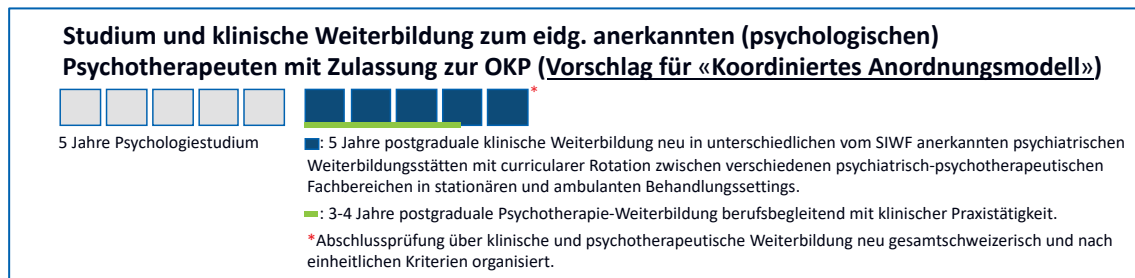


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

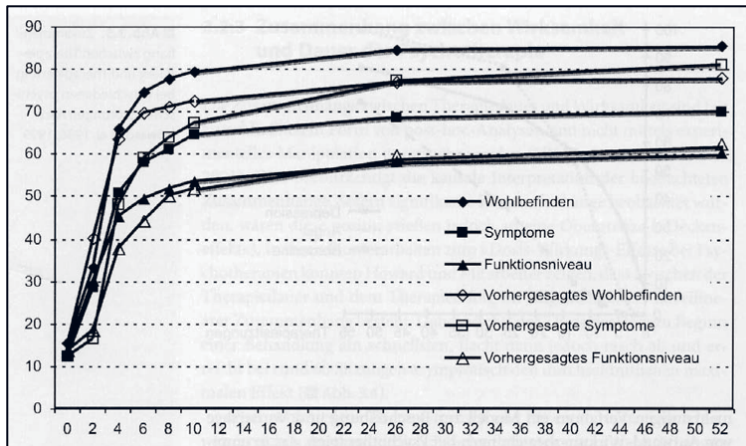


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsystem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsystem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutische Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

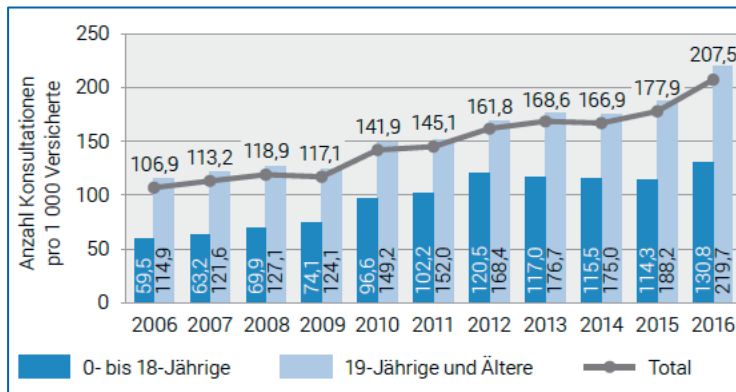


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Ordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Zinkernagel

Abkürzung der Firma / Organisation : Zi

Adresse : Therwilerstrasse 3, 4054 Basel

Kontaktperson : Dr. med. Christine Zinkernagel

Telefon : 079 659 02 88

E-Mail : czinkernagel@bluewin.ch

Datum : 16.09.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Zi	<p>Dr. med. C. Zinkernagel lehnt die Veränderungsänderungen der KLV und der KVV in der vorliegenden Form ab.</p> <p>Als Psychiaterin wird eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft, gefordert.</p> <p>Im Internet auf der Seite des BAG aufgeschalteten Text vom 26.06.2019 zur Vernehmlassung der geplanten Veränderung werden die beiden folgenden Punkte hervorgehoben, zu denen ich gerne nachvollgehend Stellung beziehen möchte.</p> <p><u>Weniger Engpässe</u></p> <p>Es wird behauptet, dass durch das Anordnungsmodell „Versorgungsengepässe bei Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen in Krisen- und Notfallsituationen reduziert werden. Die Anordnung durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt ermöglicht einen einfacheren und früheren Zugang zur Psychotherapie als die bisher erforderliche vorgängige Konsultation bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Langzeittherapien und Chronifizierungen können dadurch vermindert werden“.</p> <p>Stellungnahme: eine Verbesserung der Versorgungssituation wird nur gewährleistet werden können, wenn die Leistungserbringer, im konkreten Fall also die anordnenden Ärzte ohne Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, sowie die psychotherapeutisch tätigen Psychologen überhaupt/ besser als aktuell gefordert in der psychiatrischen Medizin geschult sind. So sind im aktuellen Vorschlag für Psychologen, oder auch für die somatisch tätigen Ärzte keine eindeutigen Veränderungen in der Ausbildung vorgesehen, obwohl mehr Kompetenzen erhalten.</p> <p>Dies wird insgesamt zu einer Verschlechterung der psychiatrischen Versorgung führen, da unzureichend fachlich</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

qualifizierte Personen die Erstversorgung übernehmen werden und nicht mehr zwingend ein fachlich qualifizierter Psychiater eingebunden werden muss.

Diese Situation besteht vereinzelt heute schon, zum Beispiel wenn der Hausarzt eine Person krank schreibt und ein nicht delegiert arbeitender Psychologe die Behandlung macht. In Der Tätigkeit als Gutachter fällt z.B. deutlich auf, dass Patienten in solchen Behandlungskonstellationen länger krank geschrieben werden, als im Vergleich zu einer Krankschreibung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und dass die Genesung langsamer verläuft.

Wenn der Heilungsverlauf protrahiert verläuft entstehen bekanntlich mehr volkswirtschaftliche Kosten.

Hinzu kommt, dass Hausärzte je nachdem nicht in der Lage sind zu erkennen, dass ein behandlungsbedürftiges, psychiatrisches Leiden vorliegt und sie deswegen keine Behandlung einleiten und dadurch das Leiden Betroffener unnötig verlängert wird, wie immer wieder von Patienten zu erfahren ist.

Um Chronifizierung und Langzeittherapie vorzubeugen, braucht es also nicht einfach mehr Leute, sondern Personen die eine fundierte Ausbildung absolviert haben, welche die sehr anspruchsvolle Integration von Wissen in den Bereichen Psyche und Sozialem und Somatischen beinhaltet. Dieses Wissen ist besonders wichtig in der Beurteilung von Krisen, und insbesondere der Suizidalität von Patienten – es besteht somit eine grosse Sorge, dass die ohnehin hohe Suizidrate in der Schweiz bei Umsetzung des aktuell vorgesehenen Modells noch höher werden wird.

Dabei ist zu betonen, dass sich nicht nur eindeutig „schwer“ psychisch kranke Menschen das Leben nehmen, sondern gerade auch solche von denen man „es gar nicht gedacht hätte“. Gerade auch um die nicht auf den ersten Blick schwer kranken resp. gestörten Patienten klinisch, medizinisch möglichst richtig beurteilen zu können, gerade auch in der Krise,

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

braucht es die langjährige Ausbildung in einer bio-psycho-sozialen Institution.

Bisher ist der Erwerb dieser Kenntnisse und Fähigkeiten, das Erlernen dieser Integrationsleistung nur in der Ausbildung Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gewährleistet. Diese klinische psychiatrisch-psychotherapeutische Ausbildungszeit bedeutet sehr viele Patientenkontakte, zudem Austausch im Team, regelmässige und intensive Supervision durch erfahrene Oberärztinnen und Oberärzte, Fallvorstellungen vor dem Kollegium der Klinik, Weiterbildungen im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie und auch eine 3jährigen psychotherapeutische Ausbildung. In diesem Rechenmodell wird das 6. Jahr der Psychiater, das sog. Fremdjahr, der somatischen Ausbildung angerechnet.

Es wird dabei suggeriert, dass psychotherapeutisch ausgebildete Psychologen, (sich in Ausbildung befindende!) nach 1-2 Jahren klinischer Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik die gleichen Kompetenzen haben sollen wie psychotherapeutisch und psychiatrisch zu Ende ausgebildete Ärzte nach über 5 Jahren klinischer Tätigkeit in psychiatrischen Institutionen.

Gegen diese Gleichsetzung, die eine bedenkliche Simplifizierung ist, ist entscheidend Stellung zu beziehen, denn der Wissensstand und das Niveau der klinischen Erfahrung bei Beginn der selbstständigen Berufsausübung sind dabei sehr unterschiedlich. Dieser Unterschied muss auch der Bevölkerung klar aufgezeigt werden.

Dieses Problem der Gleichmacherei und der Simplifizierung besteht schon lange und die aktuelle Diskussion ist eine gute Gelegenheit diesen Missstand zu klären und auch die Bevölkerung darüber aufzuklären. Die Psychiater sollten nicht mehr verschweigen, wie hoch ihre fachliche Kompetenz insgesamt ist, insbesondere auch im Vergleich zum aktuell geforderten Ausbildungsangebot der Psychologen aber auch der somatischen Ärzte. Bisher geschah dies wohl auch aus einer gut gemeinten Solidarität mit den Psychologen.

Besonders bedenklich ist, dass im genannten Text des BAG speziell vulnerable Personengruppen genannt werden, nämlich Kinder und Jugendliche und Menschen in Krisen. Diese beiden Gruppen sind besonders vulnerabel und

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

abhängig, einerseits wegen der Not in der Krise, andererseits wegen des jungen Alters. Beroffene bedürfen einer fachlich besonders gut qualifizierten Behandlungsperson. Diese Anforderungen werden mit den gegenwärtig vorhandenen und weiterhin vorgeschlagenen Weiterbildungsbedingungen für psychotherapeutisch tätigen Psychologin und die für die Anordnung vorgesehenen somatischen Ärzte (weiterhin) nicht erfüllt sein.

Zu betonen ist zudem, dass die aktuelle Situation des aktuell postulierten Versorgungenganges politisch herbeigeführt wurde, durch den jahrelangen Niederlassungsstopp für Ärzte.

Zusammengefasst gibt es auf Grund der gemachten Vorschläge keinen Anhaltspunkt für die postulierte Verminderung protrahierter oder chronischer Verläufe.

Zu den Massnahmen gegen ungerechtfertigte Mengenausweitungen

Die vorgeschlagenen Massnahmen der Kostenkontrolle werden keine Mengenausweitung verhindern, sondern mehr Kosten verursachen, auch mehr Unruhe in den Therapien, die wiederum dadurch verlängert werden.

Die bisher praktizierte Massnahme gegen eine Mengenausweitung war eine Limitierung der Anwender, resp der niedergelassenen Ärzte. Es stellt sich die Frage, weshalb nicht erneut diese Massnahme für die Berufsgruppe der psychotherapeutischen Psychologen vorgeschlagen wird.

Die Vermutung liegt nahe, dass es dem Bundesrat vielmehr darum gehen könnte, die erbrachten Leistungen durch noch mehr Kontrolle zu limitieren. Dies macht aber aus medizinischer Sicht keinen zwingenden Sinn für den einzelnen Patienten, ist allenfalls ein Interesse der Versicherungen.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Zu den vorgesehenen Änderungen in der Kostenübernahme der ärztlichen Psychotherapie

Es wird vorgesehen nicht mehr nach 40, sondern schon nach 30 Sitzungen ärztlicher Psychotherapie, die neu auf 60 Minuten beschränkt sind, Bericht erstatten zu müssen.

Diese Veränderungen sind nicht nachvollziehbar, da sich in der Qualität der Ausbildung der Psychiater nichts geändert hat. Es gibt keinen nachvollziehbaren Grund, dass sie nun noch mehr kontrolliert werden sollen.

Der Bedarf an Behandlung wird bei einem gegebenen Krankheitsbild in Zukunft grundsätzlich nicht kleiner sein. Bei einer Zeitbeschränkung auf 60 Minuten pro Sitzung werden mehr Sitzungen notwendig sein, die häufiger Kostengutsprachen bedeuten eine störende Unruhe in den Behandlungsverläufen, was die Behandlung verlängert und wiederum insgesamt zu mehr Kosten führen wird.

Auch dabei zeigt sich die Tendenz zur Simplifizierung und ein fehlendes medizinisches Verständnis: es wird angenommen, dass jede Krankheit, jede Person gleich viel Behandlung braucht. Es gibt die Annahme einer Standardisierung - dies entspricht aber nicht der Realität von Krankheitsbildern, Krankheitsverläufen oder auch Patienten. Deswegen bringt das Vorgehen ausser Kosten keinen Gewinn für die medizinische Behandlungsverlauf Betroffener.

Es ist dabei zu betonen, dass seit ca 20 Jahren eine hochwertige Ausbildung der Fachärzte für Psychiatrie gefordert und umgesetzt wird, wobei Psychiatrie und Psychotherapie auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells integriert werden. Das bisherige Modell mit Einholen einer Kostengutsprache nach 40 Sitzungen könnte weiterhin angewendet werden, da die Zusammenarbeit zwischen Kassen und niedergelassenen damit in der Regel bisher gut funktioniert.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Zi	50	1	c	<p>Psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B). Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen. Vor allem haben die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch keine Erfahrungen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Folglich werden sich die Psychologinnen und Psychologen in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren. In diesem Bereich werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots sorgen. Das wird zu einer deutlichen Kostenausweitung im</p>	<p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 3 Jahren in einer vom schweizerischen vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung (auch mit Aufnahmезwang mit breitem Krankheitsspektrum).</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Gesundheitswesen führen (weit höher als die postulierten 100 Mio.), <u>ohne</u> entsprechende Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung wird nicht behoben werden,</p>	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>hingegen wird es zu einer Fehlversorgung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Sie werden grosse Mühe haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten (vgl. auch Bemerkung weiter unten Art. 2, Abs. 1, Bst. b) KVV)</p> <p>Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p>FORDERUNG: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wie bereits früher schon, fordere ich eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>aktuell einem auf <u>drei</u> Jahre. Dabei unterstütze ich im aktuellen Verordnungsentwurf die Forderung nach einer zusätzlichen 12-monatigen klinischen Erfahrung nach Erlangen eines eidgenössischen Weiterbildungstitels. Diese sollte allerdings zwingend in einer SIWF-anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut) erfolgen, denn ausschliesslich SIWF-anerkannte Institutionen der Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmezwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</p> <p>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordere ich, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</p> <p>Ich unterstütze die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Zi			<p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Personen zu behandeln, obwohl sie als Therapeuten nur über ein Jahr klinischer Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art.11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Ich erachte diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p> <p>Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist entsprechend explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologische Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt liegt.</p>	<p>STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen</p>
----	--	--	---	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Zi	2	1a		Was ist damit gemeint?	ersatzlos streichen
Zi	2	1b		<p>Hier ist wahrscheinlich gemeint, dass Fragebögen ausgefüllt werden sollten, unklar ist welche, durch wen.</p> <p>Da bekannt ist, dass Fragebögen nur als Ergänzung zur klinischen Untersuchung von Bedeutung sind, und die Erfassung der Einstiegsbeschwerden und deren Verlauf sowie auch deren Erfolg ohnehin integraler Teil jeder ärztlich medizinischen Behandlung sind, bedeutet diese Massnahme ausser Kosten keine Verbesserung der Patientenversorgung, oder der Wirtschaftlichkeit.</p> <p>Sie bedeutet zusätzliche Kosten für die Krankenversicherung des Pat.</p>	<p>Für die ärztliche Psychotherapie ersatzlos streichen.</p> <p>Forderung: Beibehaltung des aktuellen Vorgehens mit regelmässigen Kostengutsprachen bei Bedarf, initial nach 40 Sitzungen für die Ärzte</p>
Zi	3	a		Die vorgesehene Einschränkung der Therapiedauer ist nicht nachvollziehbar, da dadurch allenfalls mehr Sitzungen vereinbart werden müssen, was wiederum insgesamt zu mehr Kosten führen wird.	Forderung: Dauer von bis zu 75 Minuten pro Sitzung für Einzeltherapien und 120 Minuten für Gruppentherapien

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Zi	3	b		<p>Es ist eine gute Gelegenheit die bisherige Praxis aufzuheben, falls es keine eindeutigen Daten gibt, dass damit Kosten gespart werden. Fachkundige Fachärzte schreiben Berichte, die von zum Teil nicht fachkundigen Kollegen geprüft werden sollen – ein Missstand, resp. eine Unverhältnismässigkeit die aufzuheben ist, insbesondere, da die Anforderungen an die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie seit 2009 stark gestiegen sind.</p> <p>Dank der Umsetzung der aktuell vorhandenen Reglemente und Prüfungen sind die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sehr gut ausgebildet und in der Lage die Behandlungsindikation abzuwägen. Der Einbezug der nicht spezifisch in der Materie ausgebildeten Ärzte, die die Kostengutsprachen beurteilen führt nicht zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität, sondern nur zu mehr Kosten. Es stellt sich die Vermutung, ob davon ausgegangen wird, dass die Leistungserbringer nur in den eigenen Geldbeutel wirtschaften wollen und nicht primär zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Patienten. Dieser Hypothese ist in aller Entschiedenheit entgegenzutreten. Da es keinen medizinisch nachvollziehbaren Grund gibt für diese Veränderung, ist diese abzulehnen.</p>	Beibehaltung des aktuellen Vorgehens mit regelmässigen Kostengutsprachen, initial nach 40 Sitzungen für Ärzte.
Zi	11	a		Nur Ärzte mit ausgewiesenen fachärztlichen psychiatrischen Kenntnissen als Anordner zulassen.	Auf Anordnung eines Arztes mit eidgenössischem Weiterbildungstitel in Psychiatrie und

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

					<p>Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und – psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin, oder eines somatischen Arztes mit mindestens 2 Jahren WB in einer psychiatrischen Institution.</p> <p>Alternativ:</p> <p>auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p>
Zi	11	b		<p>Mit dem aktuell vorgeschlagenen Weiterbildungsmodell sind psychotherapeutische Psychologen nicht genügend ausgebildet um Krisenintervention anzubieten, Suizidalität adäquat einzuschätzen und auch nicht um Patientinnen mit komplexen psychiatrische Erkrankungen zu behandeln</p> <p>Dieser Mangel in der Weiterbildung kann nicht durch häufigere</p>	<p>Ersatzlos streichen, ausser wenn Weiterbildungsmodell verändert wird.</p> <p>Psychotherapeutische Psychologen brauchen eine ausreichende klinische Ausbildung in einer psychiatrischen Klinik, dabei lernen sie auch selber Diagnosen zu stellen und medizinische</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Berichte an den Versicherer kompensiert werden. 10 Wochen ohne fachkundige Behandlung ist viel zu lange und bedeutet eine viel zu lange Leidenszeit für den Pat. und führt innert Kürze zu einer Chronifizierung. Wenn eine Krankenschreibung nötig ist, entstehen zudem hohe volkswirtschaftliche Kosten.</p>	<p>Berichte zu schreiben. Eine psychosoziale Institution, oder die Tätigkeit in der Privatpraxis reicht dafür nicht aus.</p> <p>Ad Ausbildung der psychotherapeutischen Psychologen; siehe oben.</p>
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Zi		<p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Ordnungsänderung) durchzuführen ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung betrachtet eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend!</p> <p>FORDERUNG: Die SGPP und die SGKJPP sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.</p>	<p>Eine Ergebnisevaluation dieser Ordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung!</p>
Zi		<p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.</p>	<p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).</p>
Zi		<p>Die Inhalte der Ordnungsänderungen ebenso wie deren gesundheitspolitischen wie auch finanziellen Auswirkungen scheinen zu wenig reflektiert. Enorm problematisch ist die</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>inhärente Botschaft, dass psychiatrische Störungen behandlungsmässig in die Nähe von somatischen Beschwerden gerückt werden, die mit eine, zwei oder auch drei Anordnungen für x Sitzungen adäquat behandelt werden können.</p> <p>Es würde den angestrebten Verordnungsänderungen im Sinne ihrer durch den Bundesrat zu verfolgenden Zielsetzungen gut anstehen, deren Ausgestaltung durch ein interdisziplinäres ExpertInnengremium der betroffenen Fachorganisationen nochmals grundsätzlich zu überdenken.</p> <p>Zu betonen ist zudem, dass die aktuelle Situation des aktuell postulierten Versorgungsganges politisch herbeigeführt wurde, durch den jahrelangen Niederlassungsstopp für Ärzte.</p>	
--	---	--

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV.....	Invalidenversicherung
KLV.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	Medizinaltarifkommission
MV	Militärversicherung
OKP.....	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM.....	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP.....	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC.....	Swiss Mental Health Care
SUVA.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen.....	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung.....	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern.....	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen.....	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz.....	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen.....	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten.....	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen.....	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz.....	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz.....	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen.....	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?.....	11
2.3	Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle.....	11
2.3.2	Fehlreize und Risikoselektion.....	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland.....	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung.....	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten.....	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten.....	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten.....	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet.....	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie.....	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis.....	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention.....	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife.....	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten.....	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand.....	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen.....	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten.....	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen.....	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED.....	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung.....	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner.....	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB.....	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMCH) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

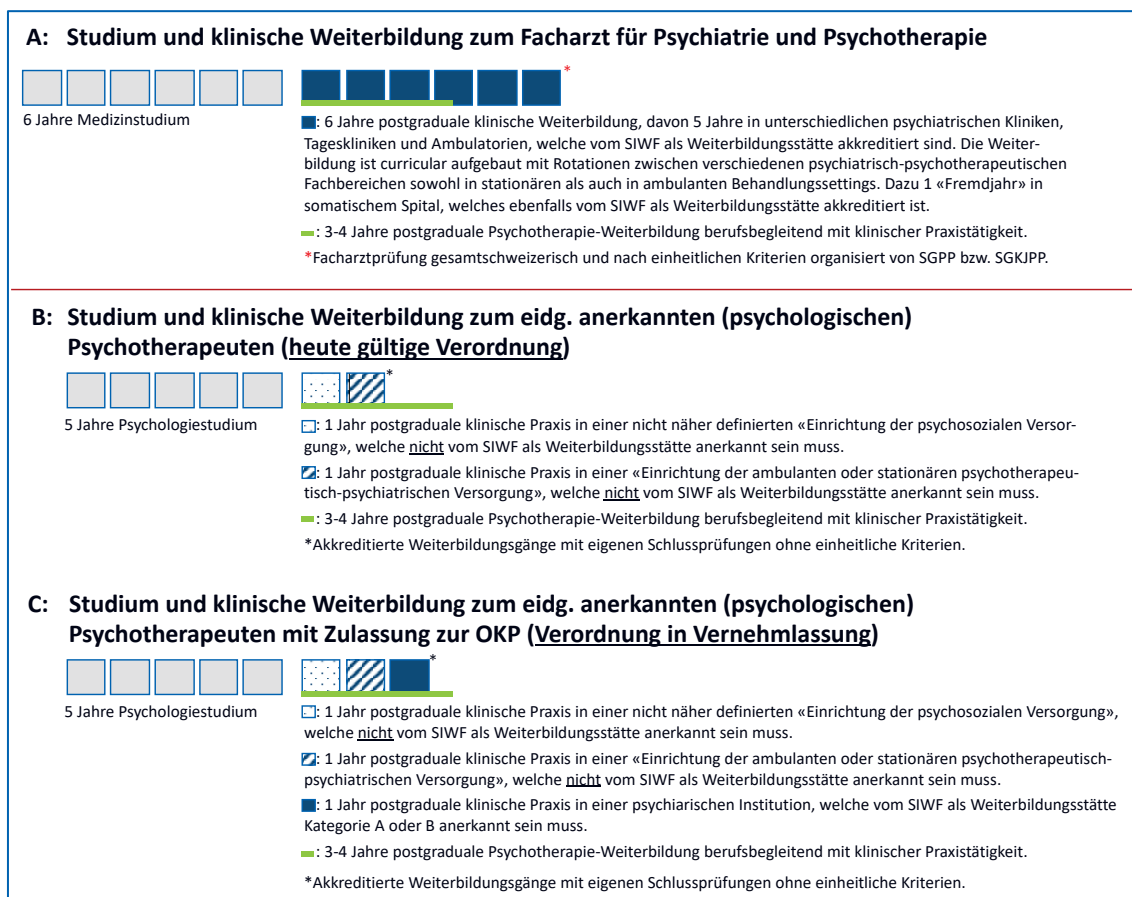


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11.2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

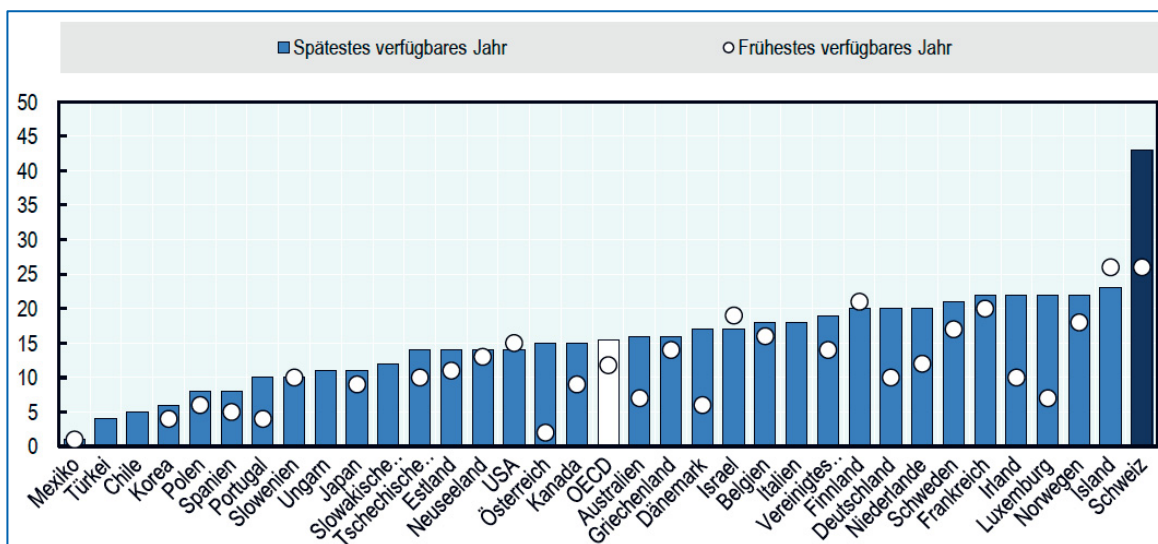


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.



Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärzttestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerzttestatistik/fmh-aerzttestatistik.cfm#1131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

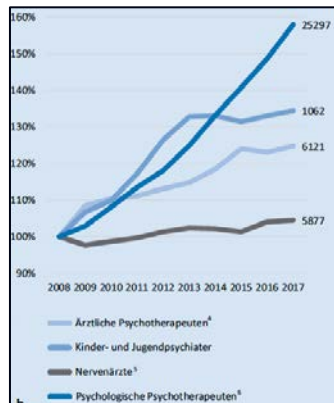


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewegt, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

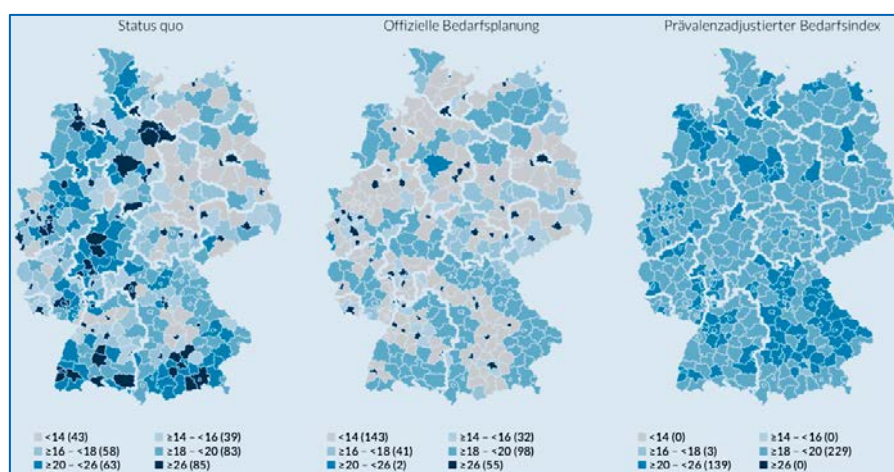


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermaßen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedarf orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

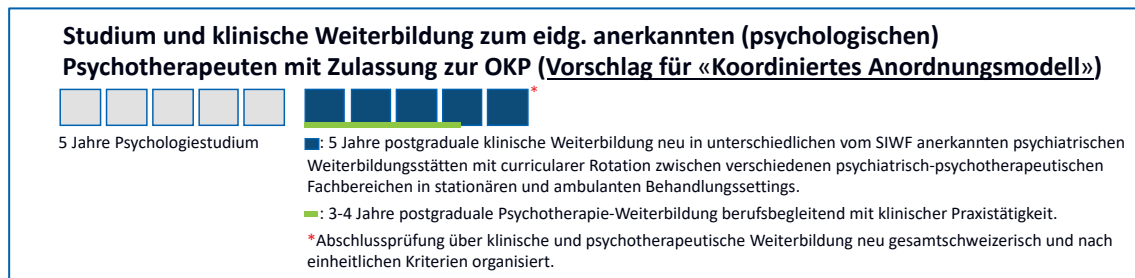


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

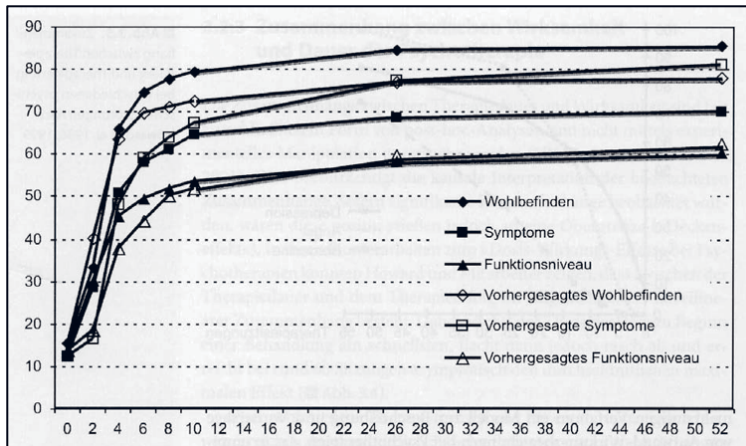


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutische Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

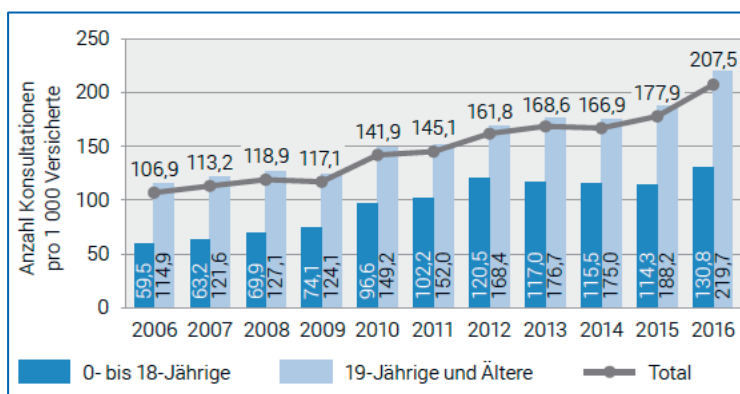


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Ordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Zisimopoulou Anna, dipl. Ärztin

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Steinbrüchelstrasse 4, 8053 Zürich

Kontaktperson : Anna Zisimopoulou

Telefon : +41 78 633 08 34

E-Mail : azisimopoulou@zadz.ch

Datum : 15. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17. Oktober an folgende E-Mail-Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation Zentrum für Psychische Gesundheit

Abkürzung der Firma / Organisation ZPG

Adresse : Marktgasse 50, 3011 Bern

Kontaktperson : Dr. med. Sabina Schulte-Bahrenberg

Telefon : +41 (31) 321 10 00

E-Mail

Datum : 15. 10. 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17. Oktober an folgende E-Mail-Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Dr.med. Sabina Bahrenberg	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Dr. med. Sabina Bahrenberg lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Ordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<p>quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». ○ Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. ○ Die SMHC als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen
--	--

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen. • Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend. Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen. Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden. Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt. Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p>
	<p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität). 3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found.	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i> 	<p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>
				<p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>	
				<p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art.50</p>	<p>Abs.1</p>	<p>c</p>	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Veränderungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p>	
Error! Reference			II	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

source not found.			<p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i> 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen. 2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p>	
	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen			
	<p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute</p>			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.	
Error! Reference source not found.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Dr. med. Sabina Bahrenberg	2,3,11	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.
		<p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): <i>«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».</i> Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: <i>«Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</i></p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW- Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p>	
		<p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosser Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlassten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.</p> <p>Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	