

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

Adresse : Im Altried 1d, CH-8051 Zürich

Telefon : +41 (44) 3221059

E-Mail : hohlmellingrts@surfeu.ch

Datum : 11. 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**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	3
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	4
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	5
Weitere Vorschläge	6

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Renate Hohl Melling	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 «<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

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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> 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)).
Error: Reference source not found	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,

¹ Quelle in Fussnote⁸, 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**

	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 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
--	--

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**

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 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.

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

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

	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	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; 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.</i> 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 meine Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.	Ich lehne Art. 46 g. ab g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische 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**

Error: Reference source not found	Art.50	Abs.1	c	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> <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> 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> Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.
--	--------	-------	---	--	---

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

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

			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	
--	--	--	--	--

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

			einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitle 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	

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

				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 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 ...</i>	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**

			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	
--	--	--	--	--

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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.	
--	--	---	--

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

		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	

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

		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	

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

		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	
--	--	--	--

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

		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.	
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		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.	
Error: Reference source not found		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»).	Siehe Annex
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 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-Positionspapier 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	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 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 vernehmlasst 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.

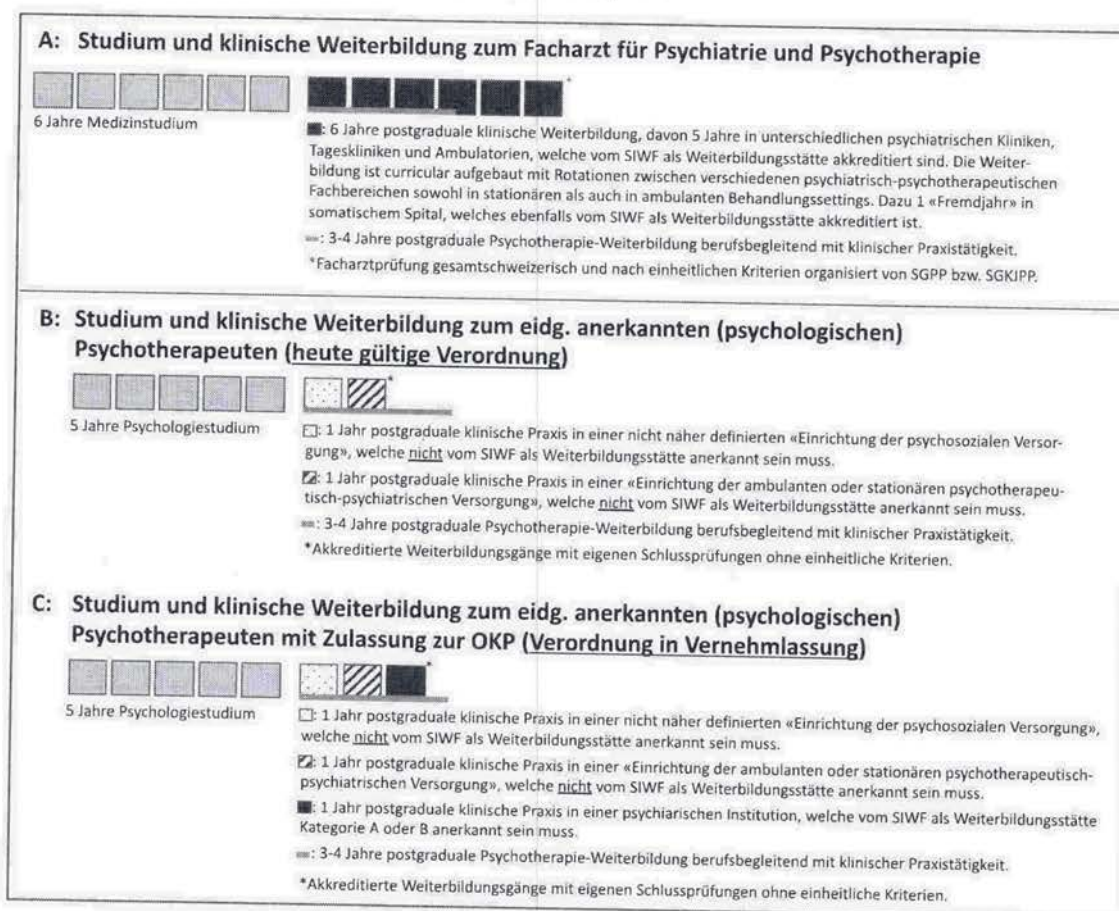


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B) bzw. (C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht 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 Therapie-resistenz (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).

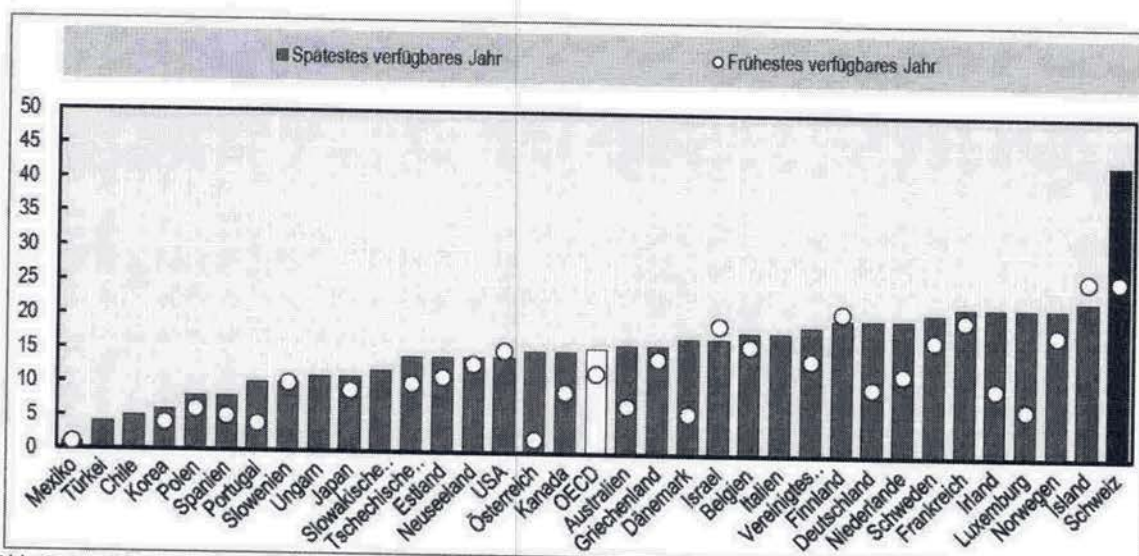


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

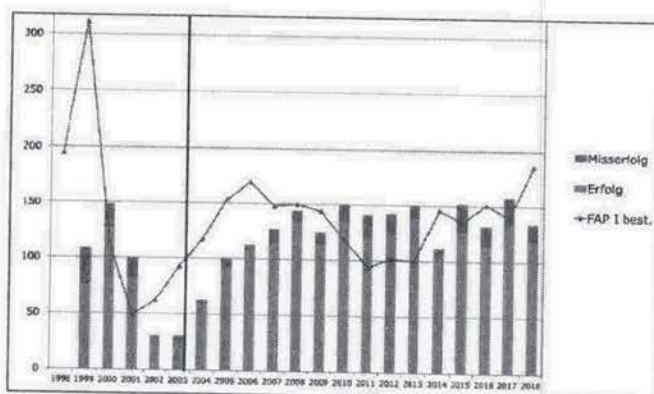


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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-Ärztteststatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztteststatistik/fmh-aerztteststatistik.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 vernehmtesten 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.

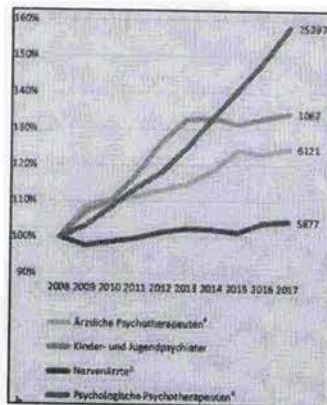


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

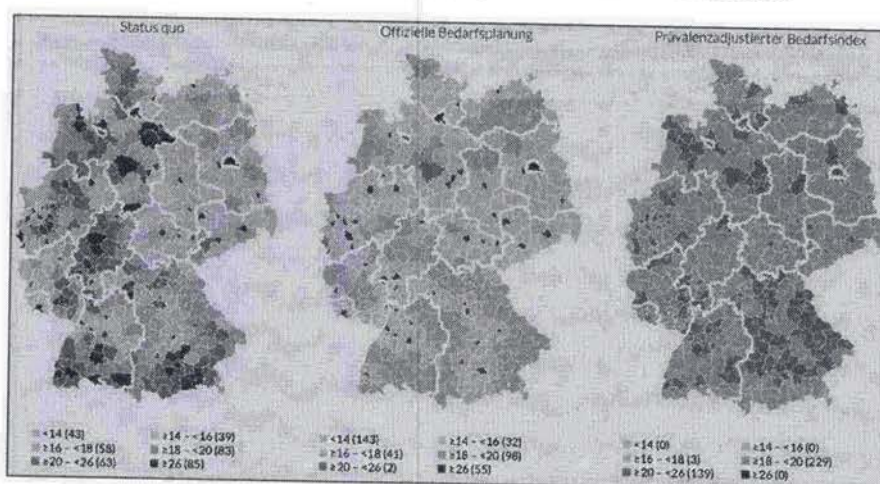


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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 Weiterbildungsang 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.

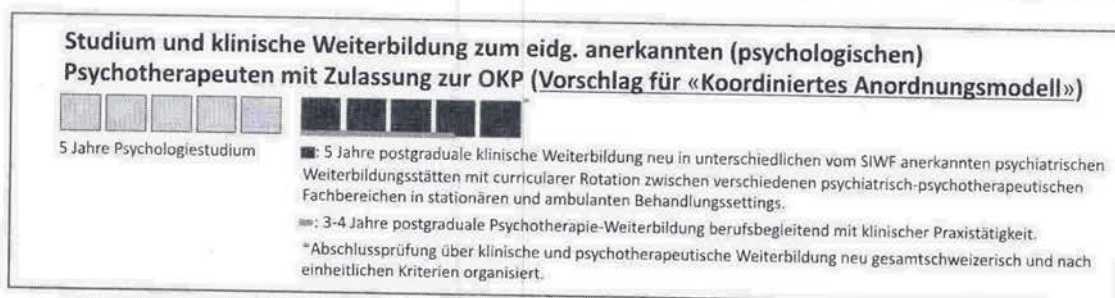


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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 MEBKO). 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.

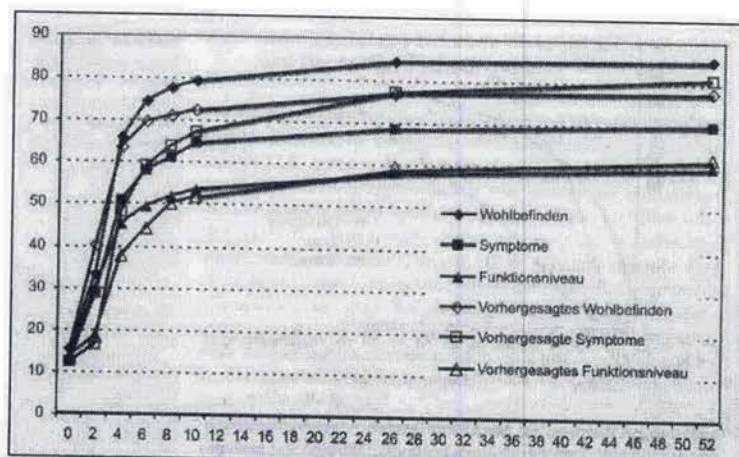


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

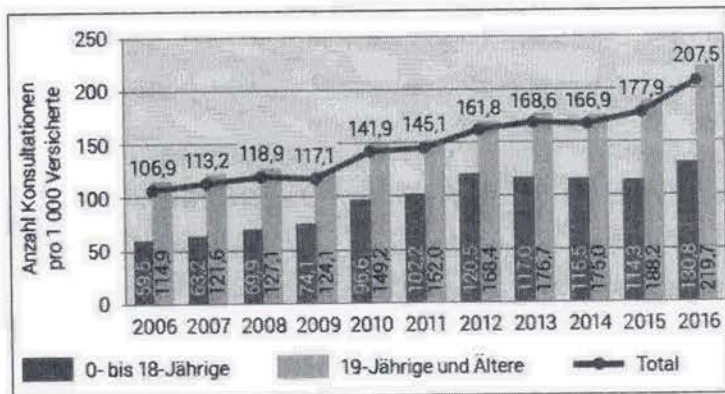


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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.

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Adresse : Therwilerstrasse 3, 4054 Basel

Kontaktperson :

Telefon : 061 271 6380

E-Mail : holger.knoch@bluewin.ch

Datum : 22.09.19

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**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Ich lehne die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form ab. Begründung: Es kommt durch die angestrebte Verordnungsänderung zu einer Mengenausweitung und Kostensteigerung, ohne dass die bestehende Versorgungslücke behoben wird. Folgende Patientengruppe hat die grösste Mühe, einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz zu finden: chronisch psychisch Kranke mit schweren psychiatrischen Diagnosen und Doppeldiagnosen (z.B Schizophrenie, Sucht, somatische Zusatzerkrankungen, schwere Persönlichkeitsstörungen etc). Auf Grund begleitender psychopharmakologischer und somatischer Behandlung ist eine ärztliche-psychotherapeutische Behandlung, meist im Sinne einer integrierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung in einer Hand sinnvoll. Dieses ärztliche Angebot erweitert sich durch die veränderte Verordnung praktisch nicht. Menschen mit umschriebenen, eher leichteren psychischen Störungen wie leicht- und mittelgradige Depressionen, Angststörungen, Burn-Out etc. finden bereits jetzt, zumindest in den städtischen Gebieten, innerhalb von 1 bis 3 Wochen einen Behandlungsplatz, es besteht hier gar kein zusätzlicher Bedarf an zusätzlichen psychologischen Psychotherapeuten.
	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. Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.
Artikel 50, 1 c KVV	Ich lehne die Verordnungsänderung ab, sollte sie aber dennoch kommen, dann sollte ein psychologischer Psychotherapeut zum Zeitpunkt der Zulassung zur KLV über mindestens zwei Jahre klinischer Erfahrung in einer von der SIWF anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A haben.
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**

	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 vom Krankheitsbild, 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, 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 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 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. 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.
--	---

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

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.

FORDERUNG: Streichung von KLV 2, Absatz 1, Punkt 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**

Artikel 3 KLV	Kostenübernahme Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Erwähnt wird in den Erläuterungen, dass die FSP-Strukturerhebung 2012 (Foederation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen) eine durchschnittliche Dauer von 29 Stunden ergeben habe. Dies bezieht sich aber auf psychologische Psychotherapien. Psychiatrisch-ärztliche Psychotherapien dauern mit Sicherheit im Durchschnitt länger, da im Durchschnitt schwerere Erkrankungen behandelt werden. Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher, ohne erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. –zahler. FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such! Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Insbesondere wissenschaftlich fundierte Konfrontationsbehandlungen im Rahmen von Traumatherapien oder bei Zwangserkrankungen benötigen längere Sitzungsdauern! 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. FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche und psychologische Psychotherapie
Fehler! Verweisquel le 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**

gefunden werden.	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! FORDERUNG: Die SGPP und die SGKJPP sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen. 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! Übergangsbestimmung??zur??Änderung??vom... 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. Vorschlag: Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).
-------------------------	--

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.				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 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 ExpertInnenengremium der betroffenen Fachorganisationen nochmals grundsätzlich zu überdenken.	
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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Institut für Emotionsfokussierte Therapie Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : IEFT.ch

Adresse : Länggassstrasse 23, 3012 Bern

Kontaktperson : Marielle Sutter

Telefon : 031 302 03 93

E-Mail : marielle.sutter@ieft.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
EFT.CH	Das IEFT.ch 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 IEFT.ch 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. Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme das Resultat der Zusammenarbeit der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände EFT.CH, ASP und SBAP ist und gemeinsam erarbeitet wurde. Alle drei Organisationen reichen bei dieser Vernehmlassung eine gemeinsame Position ein, die sich nur in wenigen Details unterscheidet.
EFT.CH	Eckpunkte der Vorlage, welche das IEFT.ch klar stützt: - Das IEFT.ch 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 das IEFT.ch 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.
EFT.CH	Inhalte der Vorlage, welche das IEFT.ch ablehnt und deren Anpassung sie fordert: - Das IEFT.ch 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. - Das IEFT.ch 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**

	• Das IEFT.ch 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 IEFT.ch lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Das IEFT.ch verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Das IEFT.ch 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 IEFT.ch 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.
EFT.CH	Ergänzungen, welche das IEFT.ch vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind: • 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. Das IEFT.ch 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 EFT.CH braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Das IEFT.ch 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 IEFT.ch eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Das IEFT.ch fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom.

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

EFT.CH	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)
EFT.CH	45-50a			Keine Bemerkungen	
EFT.CH	50b			Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen 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. 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).	
EFT.CH	50c	1	a & b	Eidg. Titel und kantonale Bewilligung Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg.	

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

				We Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.	
EFT.CH	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 der EFT.CH unbestritten. Das IEFT.ch 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 IEFT.ch 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. Das IEFT.ch begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für Das IEFT.ch 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. 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	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**

				werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte). 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. Das IEFT.ch fordert daher folgende Anpassungen: 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). • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt Das IEFT.ch ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können.	
EFT.CH	50c	1	d (neu)	Sprachkompetenz Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Das IEFT.ch fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom	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**

				in die Verordnung aufgenommen wird.	
EFT.CH	50c	2		Anforderungen an die Weiterbildungsstätten Das IEFT.ch ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet das IEFT.ch 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 IEFT.ch folgendes vor: • 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. 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.	Ergänzung [...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden. 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 [...]
EFT.CH	52d			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**

EFT.CH	(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: 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.
EFT.CH	Übergangsbest.	1 & 2		Das IEFT.ch 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.	

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

EFT.CH	Übergangsbest.	3		Das IEFT.ch 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)
EFT.CH	2	1	a	Keine Bemerkungen	
EFT.CH	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Das IEFT.ch 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: Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie	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**

				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 Eingangsdiagnose 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 Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. Das IEFT.ch 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	
--	--	--	--	--	--

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

				später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.	
EFT.CH	3			Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer Das IEFT.ch 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 Praktibilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden. 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. 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	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**

				damit deutlich erschwert. Das IEFT.ch 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.	
EFT.CH	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 [...]
EFT.CH	11b	1		Keine Bemerkungen	
EFT.CH	11b	1	a	Anordnungsbefugte Ärzte Das IEFT.ch 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.	Änderungsvorschlag für die französische Version: [...] 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 [...]

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

				In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Das IEFT.ch 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. Gemäss Auskunft des BAG an Das IEFT.ch ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)	
EFT.CH	11b	1	b	Kriseninterventionen Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun. 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. Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst Das IEFT.ch 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.	Änderungsvorschlag 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.

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

				der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.	
EFT.CH	11b	2		Begrenzung auf 15 Sitzungen 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. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Antrag auf Streichung: 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.
EFT.CH	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.
EFT.CH	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.

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

EFT.CH	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.
EFT.CH	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.	

From: Gabriela Frischknecht <gabriela.frischknecht@igw-schweiz.ch>
Sent: Montag, 14. Oktober 2019 22:17
To: _BAG-GEVER
Subject: Stellungnahme igw Schweiz
Attachments: KVV_KLV_Antwortformular_de_igw_Schweiz Oktober 19.docx

Categories: Jannik

Guten Tag,

anbei die Stellungnahme des igw Schweiz zur Vernehmlassung "Anordnungsmodell".

Mit bestem Dank und freundlichen Grüßen,

Gabriela Frischknecht

Gabriela Frischknecht
igw-schweiz
Zürichstrasse 49
CH - 8910 Affoltern am Albis

Tel.: 0041 - (0) 43/466 83 90

Geschäftsführer Werner Gill (Vors.) und Gabriela Frischknecht
Sitz der Gesellschaft: Affoltern am Albis
Steuer-Nr. 257/129/10359

Die Informationen in dieser E-Mail sind streng vertraulich und können dem Berufsgeheimnis unterliegen.
Wenn Sie nicht der richtige Adressat sind oder diese E-Mail irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und löschen Sie diese E-Mail einschließlich aller Anhänge von Ihrem Computer.
Das Kopieren sowie Weitergabe oder Veröffentlichung dieser E-Mail sind nicht gestattet.

The information in this email is intended solely for the use of the addressee and contains information that is confidential and may be legally privileged. Access to this email by anyone else is unauthorized. If you are not the intended recipient, your use, retention, copy, any disclosure, dissemination or any action taken or omitted to be taken in reliance of this communication is

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Institut Kinderseele Schweiz – Schweizerische Stiftung zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Abkürzung der Firma / Organisation : iks

Adresse : Albanistrasse 24/233, 8400 Winterthur

Kontaktperson : Alessandra Weber

Telefon : 052 266 20 46

E-Mail : alessandra.weber@kinderseele.ch

Datum : 01.10.2019

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
iks	Das iks 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 iks 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. Diese Stellungnahme ist das Resultat der Zusammenarbeit der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände FSP, ASP und SBAP. Sie wurde von diesen gemeinsam erarbeitet und wird vom iks unterstützt.
iks	Eckpunkte der Vorlage, welche das iks klar stützt: • Das iks 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 das iks 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.
iks	Inhalte der Vorlage, welche das iks ablehnt und deren Anpassung sie fordert: • Das iks 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. • Das iks 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**

	• Das iks 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 iks lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Das iks verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Das iks 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 iks 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.
iks	Ergänzungen, welche das iks vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind: • 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. Das iks 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 des iks braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Das iks 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 iks eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Das iks fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom.

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

iks	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)
iks	45-50a			Keine Bemerkungen	
iks	50b			Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen 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. 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).	
iks	50c	1	a & b	Eidg. Titel und kantonale Bewilligung Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg.	

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

				Weberbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.	
iks	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 iks unbestritten. Das iks 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 iks 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. Das iks begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für das iks 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. 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	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**

				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). 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. Das iks fordert daher folgende Anpassungen: 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). • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt das iks ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können.	
iks	50c	1	d (neu)	Sprachkompetenz Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den	d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt

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

				Therapieerfolg. Das iks fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.	wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)
iks	50c	2		Anforderungen an die Weiterbildungsstätten Das iks ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet das iks 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 iks folgendes vor: • 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. 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.	Ergänzung [...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden. 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 [...]

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

iks	52d			Keine Bemerkungen	
iks	(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: 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.
iks	Übergangsbest.	1 & 2		Das iks 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	

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

				Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.	
iks	Übergangsbest.	3		Das iks 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)
iks	2	1	a	Keine Bemerkungen	
iks	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Das iks 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:	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**

				• 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 Eingangsdiagnose 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 Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. Das iks schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine	
--	--	--	--	---	--

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

				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.	
iks	3			Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer Das iks 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. 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. 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,	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.

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

				Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert. Das iks 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.	
iks	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 [...]
iks	11b	1		Keine Bemerkungen	
iks	11b	1	a	Anordnungsbefugte Ärzte Das iks 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	Änderungsvorschlag für die französische Version: [...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie

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

				Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen. In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Das iks 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. 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)	pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]
iks	11b	1	b	Kriseninterventionen Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun. 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. Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst das iks den Vorschlag, dass bei	Änderungsvorschlag 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.

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

				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.	
iks	11b	2		Begrenzung auf 15 Sitzungen 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. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Antrag auf Streichung: 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.
iks	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.
iks	11b	4		Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.	Antrag auf 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**

					Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.
iks	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.
iks	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 : Institut für kritische Theorie und Selbstpsychologie

Abkürzung der Firma / Organisation : IKTS

Adresse : Klosbachstrasse 107

Kontaktperson : Werner A. Disler

Telefon : 076 391 51 91

E-Mail : disler-ikts@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
IKTS	Das IKTS bedankt sich beim Bundesrat für die Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Dies ist der lang erwartete Schritt hin zur Anerkennung der psychologischen PsychotherapeutInnen und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben, und ihre Leistungen auch im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung selbständig abrechnen zu können. Wir sehen darin eine logische Folge des Inkrafttretens des PsyG im Jahr 2013. Mit dem PsyG wurden hohe Anforderungen an die Qualifikation für eine psychotherapeutische Tätigkeit gestellt und deren Einhaltung durch die akkreditierten Weiterbildungsinstitute gewährleistet.
IKTS	Grundsätzlich ist festzuhalten, dass sich die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in einem gesellschaftspolitischen Spannungsfeld bewegt, in dem ökonomische Kriterien dominieren. Verschiedene Gruppierungen (PsychotherapeutInnen und ihre Fachverbände; psychotherapeutische Ausbildungsinstitute und die jeweiligen Denkschulen, die sie vertreten; PsychiaterInnen und ihre Fachverbände; Krankenkassen), die teilweise in sich nicht homogen sind, bringen ihre je spezifischen Interessen ein. Inwieweit diese dem Wohle der PatientInnen dienen, kann hier nicht erörtert werden. In dieser Gemengelage sind ideologische, aber durchaus auch materielle Interessenkonflikte nicht zu vermeiden.
IKTS	Das IKTS teilt die Ziele der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es müssen Hürden in der Versorgung von psychisch Kranken abgebaut werden. Der sich abzeichnenden Tendenz zur Zweiklassenmedizin (vermögende Personen können sich einen selbstständig arbeitenden Psychotherapeuten leisten und habe keine lange Wartezeiten; wer sich das nicht leisten kann, muss lange auf einen der raren Therapieplätze bei einer Psychiaterin oder bei einer delegiert arbeitenden Psychotherapeutin warten) soll entgegengewirkt werden. Das vorgeschlagene Anordnungsmodell ist unseres Erachtens jedoch in seiner jetzigen Form nicht geeignet, die heute bestehenden Missstände zu beheben. Zum einen scheint uns der Vorschlag einer „Anordnung“ eine Fehlkonzeption in Bezug auf einen verbesserten, sprich erleichterten Zugang zur Psychotherapie. Es ist zu befürchten, dass aufgrund des akuten Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten mit dem Anordnungsmodell ein neuer Engpass geschaffen würde. Vielmehr sollen im Anschluss an das PsyG und die dort formulierten Kompetenzen der psychologischen PsychotherapeutInnen PatientInnen sich sowohl selber bei frei gewählten PsychotherapeutInnen melden oder sich vom Hausarzt (falls dieser bei einer Konsultation ein psychisches Leiden feststellt) zu einem Psychotherapeuten überweisen lassen können. Je nach Versicherungsmodell in der Grundversicherung wäre auch eine Überweisung analog zu andern Fachärztinnen und -ärzten notwendig („Hausarztmodell“ etc.). Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten sollen also „Überweisungen“ für psychotherapeutischen Behandlungen an psychologische PsychotherapeutInnen machen (können), aber keine „Anordnungen“.

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

	Zum anderen beinhaltet der Entwurf verschiedene Aspekte, die im direkten Widerspruch zu den im PsyG formulierten Anforderungen an eine psychologische PsychotherapeutIn stehen. So werden die psychologischen PsychotherapeutInnen 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 eine Behandlung auch auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen. Es ist nicht zu verstehen, dass zwar das PsyG regelt, dass psychologische PsychotherapeutInnen Psychotherapien in eigener fachlicher Verantwortung ausüben können, dass aber gerade mit dem neuen Gesetz diese Fähigkeit den PsychotherapeutInnen aberkannt wird. Sollte es Mängel in der Ausbildung und Weiterbildung geben, sind diese mit Änderungen in der langjährigen Ausbildung und Weiterbildung der psychologischen PsychotherapeutInnen zu beheben und nicht mit der Kontrolle durch Hausärztinnen und Hausärzten, von denen ja ihrerseits eine grosse Anzahl nicht über solche Kompetenzen bezüglich Indikation und Verlauf einer Psychotherapie verfügt. Mehrere Aspekte des Entwurfs zielen zudem auf eine Ungleichbehandlung verschiedener psychotherapeutischer Verfahren resp. präferieren einseitig Kurztherapiemethoden. So wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und es werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Demgegenüber betont das PSL, dass unterschiedliche PatientInnen mit unterschiedlichen psychischen Störungen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen bedürfen. Dies entspricht auch dem Stand der Psychotherapie-Forschung.
IKTS	Insgesamt entsteht der Eindruck, dass der bundesrätliche Entwurf von einer grossen Ambivalenz gegenüber den psychologischen PsychotherapeutInnen geprägt ist: Einerseits soll ihre berufliche Situation geklärt und verbessert werden (im Anschluss an das PsyG), andererseits zeigt sich im Grundton des Entwurfs (und des ihm zugrundeliegenden Kommentars) ein Misstrauen gegenüber ihren Kompetenzen, was sich in Formulierungen wie „um ungerechtfertigten Mengenausweitungen vorzubeugen“ und Aspekten wie der Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik, der vorgesehenen ärztlichen Anordnung einer Therapie, der anfänglichen doppelten Sitzungsbeschränkung von 2 x 15 Sitzungen oder auch dem erstmaligen Bericht an den vertrauensärztlichen Dienst der Krankenkasse bereits nach 30 und nicht wie bis anhin nach 40 Sitzungen zeigt. Diese Massnahmen zielen auf eine allgegenwärtige Kontrolle, bedeuten eine latente Entwertung des Berufsstandes (wie teilweise auch der PsychiaterInnen) und führen ausserdem zu einer massiven Zunahme des administrativen Aufwands (bei PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen, aber auch bei den Kassen). Die Psychotherapie wird nicht als eigenständiges Fach mit zwei unterschiedlichen Zugängen (psychologisch und medizinisch) gesehen, sondern bleibt letztlich eine dem medico-zentristischen Weltbild unterstellte Disziplin.
IKTS	Inhalte der Vorlage, welche das IKTS ablehnt und deren Anpassung es fordert: • Sowohl für ärztliche wie psychologische Psychotherapien braucht es keine Anordnung. • Das IKTS lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Es 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.

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

	• Das IKTS lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische PsychotherapeutInnen gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Zudem bleibt unklar, wer diese Berichte liest, wer sie befürwortet oder ablehnt, und auch, was passiert, wenn Patientin und Therapeutin für eine Weiterführung der Behandlung sind, die anordnende Hausärztin jedoch dagegen (und aus welchen Gründen?). Wechselt der Patient dann (einfach) den Hausarzt und holt sich eine neue Überweisung? Wenn Psychotherapeut und Arzt sich uneinig über die Fortführung der Psychotherapie sind, wer trägt dann bei Komplikationen (z.B. Suizid, Arbeitsplatzverlust, deutliche Verschlechterung der Symptomatik) die rechtliche Verantwortung? • Das IKTS lehnt die neue Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab und verlangt die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die aktuelle Regelung hat sich bewährt. • Das IKTS ist der Meinung, dass der Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) zwingend von der behandelnden Psychotherapeutin oder vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden soll. • Das IKTS lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik ab. Die PsychotherapeutInnen stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels einer systematisierten Einstiegsdiagnostik. Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für die psychoanalytische Psychotherapie als wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethode sind Fragebogen (ausser in Therapien, die Teil eines Studiendesigns sind) verfahrensfremde Eingriffe, die sich störend auf den weiteren Verlauf einer Therapie auswirken.
IKTS	Ergänzungen, welche das IKTS vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind: • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten PsychotherapeutInnen in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht des IKTS braucht es weiterhin die Möglichkeit psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis (sowohl in Privatpraxen wie auch in Psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien) zu erbringen. Wir bedauern nämlich, dass die neue Verordnung die Möglichkeit der Weiterführung der bisherigen Praxis verunmöglicht. Der vorliegende Änderungsvorschlag ist deshalb berufspolitisch problematisch. PsychotherapeutInnen, die momentan angestellt in ärztlichen Praxen delegiert arbeiten, werden nun zur beruflichen Selbstständigkeit im Rahmen des Anordnungsmodells gezwungen. Es ist unverständlich, warum es der Berufsgruppe der psychologischen PsychotherapeutInnen verunmöglicht werden soll, analog vieler anderer Berufsgruppen (insbesondere der ärztlichen PsychotherapeutInnen) in einem Angestelltenverhältnis im privaten Sektor tätig zu sein. Es gibt vielerlei Gründe (z.B. familiärer, finanzieller, gesundheitlicher Art), trotz der erlangten Qualifikationen keine eigene Psychotherapie-Praxis eröffnen zu wollen oder zu können. Wir vertreten die Haltung, dass es im Rahmen der Grundversicherung eine Wahlmöglichkeit zwischen einer Tätigkeit im Angestelltenverhältnis und der Tätigkeit in der eigenen Praxis geben muss. Eine solche Parallelführung würde zusätzlich den Besitzstand langjährig delegiert arbeitender PsychotherapeutInnen wahren.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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">• PsychotherapeutInnen in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass PsychologInnen in Ausbildung zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten nicht zur selbstständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Das IKTS verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von PsychotherapeutInnen gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Nach Abschluss der beiden klinischen Jahre braucht es genügend Arbeitsplätze für PsychotherapeutInnen in Ausbildung (analog den AssistenzärztInnen) bis sie diese beendet haben. |
|--|--|

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

Dr. med. Inga-Kristin Fischer

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Regionalärztlicher Dienst Bern (RAD)

Scheibenstr. 71

3001 Bern

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Bern, 25. 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.
Frau Dr. Fischer 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

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit 01. Okt. 2019					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NGD	MT	BioM	Chem	Str

Dr. Fischer 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 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 Verordnungsänderungen 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.

- Dr. Fischer 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 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 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

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.

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 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

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 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><i>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.</i></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 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 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, 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 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. 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 vernehmten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

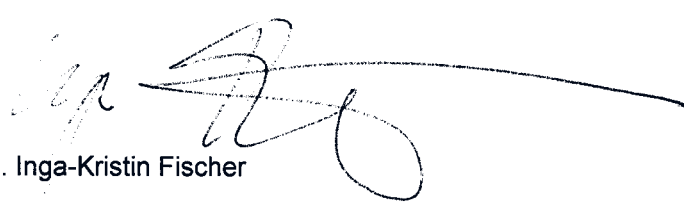
Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.

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. Inga-Kristin Fischer

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Regionalärztlicher Dienst der IV Bern

Adresse : Scheibenstr. 71

Kontaktperson : Dr. med. Fischer

Telefon : +41763266630

E-Mail : *ingakristinfischer@icloud.com*

Datum : 25.09.2019

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. 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
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Dr. Fischer/RAD	I. Zusammenfassung Dr. Fischer 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 «<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

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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> 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)).
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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

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

	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 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. Fischer 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**

	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 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.
--	--

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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).

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

	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).

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	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>	Wir lehnen Art. 46 g. ab 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 .	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.	Art.50	Abs.1	c	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> <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> Wir lehnen 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> Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.

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

			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	
--	--	--	--	--

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

			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	
--	--	--	---	--

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

			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	
--	--	--	---	--

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

			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 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.	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.			II <i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</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. 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
			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.</i> 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	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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
Dr. Fischer/RAD	2,3,11		
		<i>Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</i>	<i>Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</i>
		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	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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.	
--	--	---	--

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

		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	

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

		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	

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

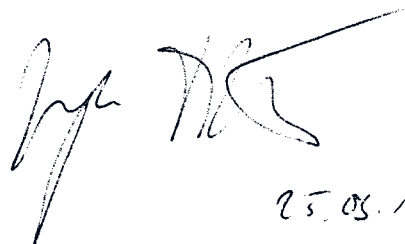
		Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, 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 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 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	
--	--	---	--

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

		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.	
--	--	---	--

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


 25.05.19

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Institut für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie, Luzern

Abkürzung der Firma / Organisation : Institut KJF

Adresse : Trüllhofstrasse 9, 6004 Luzern

Kontaktperson : Josef Jung, Mitglied der Institutsleitung

Telefon : 041 917 34 34

E-Mail : josefjung@bluewin.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
Institut KJF	Das Institut 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. Allerdings sind wir irritiert darüber, dass die verantwortlichen Organisationen der Weiterbildung für Psychotherapie nach dem PsyG nicht in die Vernehmlassung einbezogen wurden. Die KVV nimmt direkten Einfluss auf die Weiterbildung. Wir fordern, dass die verantwortlichen Organisationen in die Liste der Vernehmlassungsadressaten aufgenommen werden, wenn Gesetze oder Verordnungen erlassen werden, die einen Einfluss auf die Weiterbildung nach dem PsyG haben.
Institut KJF	Die Abschaffung des Delegationsmodells, welches auf einem Bundesgerichtsentscheid aus dem Jahre 1981 (BGE 107 V 46) beruht und seither ein unbefriedigendes Dasein fristet, ist längst überfällig. Bereits bei der Abstimmung zum KVG 1996 wurde dessen Abschaffung versprochen. Verzögerungen traten auf mit dem Hinweis, dass die Psychotherapie gesetzlich nicht geregelt sei. Inzwischen ist dies mit dem PsyG vom 18. März 2011 ebenfalls geregelt.
Institut KJF	Der vorliegende Entwurf der KVV zeigt bzgl. der psychologischen Psychotherapie einige Inkohärenzen und beinhaltet verschiedene Aspekte, die im direkten Widerspruch zu den im PsyG formulierten Anforderungen an eine psychologische Psychotherapeut*in stehen. Wir hoffen, dass diese durch die Stellungnahmen der fachlichen Organisationen aus dem Gebiet der psychologischen Psychotherapie behoben werden können.
Institut KJF	Das Institut KJF ist vollumfänglich einverstanden mit den Zielen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie, insbesondere für Kinder-, Jugendliche und Familien, worauf der Bundesrat mehrfach hingewiesen hat. Die Psychotherapeut*innen, welche über einen eidgenössischen Weiterbildungstitel nach PsyG in Psychotherapie verfügen, sind bestens ausgebildet und kompetent Psychotherapien in einer hohen Qualität durchzuführen.
Error! Reference source not found.	Ein zusätzliches klinisches Jahr nach Abschluss der Weiterbildung ist abzulehnen. Das PsyG und die entsprechenden Verordnungen regeln die Weiterbildung umfassend. Der Zweck des PsyG beinhaltet ja gerade „die Anforderungen an die privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung“ (Art. 1, Abs.2, Bst. f) vollumfänglich zu regeln. Sollte das nun wider Erwarten doch nicht ausreichend sein, so sind Änderungen dazu im PsyG resp. in den entsprechenden Verordnungen vorzunehmen und nicht in den zur Vernehmlassung stehenden Verordnungen (KVV und KLV).

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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)
Institut KJF	50c	1	a & b	Diese beiden Zulassungsvoraussetzungen sind, wie im Verordnungsentwurf erwähnt, auch gemäss PsyG für die privatwirtschaftliche Ausübung der Psychotherapie gefordert.	
Institut KJF	50c	1	c	Bestimmung c ist zu streichen, da sie im Widerspruch zum PsyG steht. Ein weiteres Jahr klinische Erfahrung alleine garantiert noch nicht das geforderte breite Störungsspektrum der behandelten Patienten. Dass ein breites Störungsspektrum der behandelten Patienten zur Weiterbildung der Psychotherapie gehört, ist selbstverständlich und liegt im Zuständigkeitsbereich der verantwortlichen Organisationen. Wir verweisen auf den Prüfbereich 3.4. <i>Eigene psychotherapeutische Tätigkeit</i> der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe (AkkredV-PsyG). Dort steht: <i>Die verantwortliche Organisation achtet darauf, dass jede und jeder Weiterzubildende während der Weiterbildung genügend praktische psychotherapeutische Erfahrung mit Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Störungs- und Krankheitsbildern sammelt.</i> Sollte der Bundesrat der Meinung sein, dass die verantwortlichen Organisationen dem zu wenig Rechnung tragen, so ist allenfalls dort eine Präzisierung vorzunehmen und nicht eine Unterordnung	Streichung der Bestimmung c

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

				unter das „Weiterbildungsprogramm Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ zu vollziehen. Das BAG, welches auch im PsyG führend war, führt zurzeit eine Evaluation des ersten Akkreditierungsdurchlaufes ab. Die Resultate und Schlussfolgerungen sind abzuwarten, bevor bzgl. der „klinischen Erfahrung“ überhaupt etwas verändert wird.	
Error! Reference source not found. Institut KJF	50c	1	c (neu)	Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet oder verunmöglicht den Therapieerfolg. Dies zeigen oft die Erfahrungen in „Weiterbildungsstätten der Kategorie A oder der Kategorie B“ mit Assistenzärzt*innen aus fremdsprachigen Herkunftsländern. Aus eben diesem Grund wird oft dazu übergegangen Psycholog*innen in Assistenzarztfunktion anzustellen. Das Institut KJF fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.	c (neu). den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen).
Error! Reference source not found. Institut KJF	50c	2		Konsequenterweise muss dieser Absatz ebenfalls gestrichen werden.	
Institut KJF	Über- gangs- bestim- mung			Die Übergangsbestimmungen soll auf die Personen in Weiterbildung ausgedehnt werden. Diese haben die Weiterbildung unter anderen Voraussetzungen begonnen als sie möglicherweise durch Änderungen der Verordnung entstehen werden.	Ergänzung: «Personen, die beim Inkrafttreten der Änderungen vom (Datum) sich bereits in Weiterbildung zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels Psychotherapie nach PsyG befinden, werden nach Abschluss der Weiterbildung zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c 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**

					erfüllen.»
Error! Reference source not found.					
Institut KJF	2	1	b	Das Institut KJF lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wie sie im Vorschlag definiert ist ab, solange nicht eine für alle Therapierichtungen allgemein anerkannte und praktikable Form vorliegt. Heutiger wissenschaftlicher Konsens in der Psychotherapieforschung ist, dass es keine validierte, einheitliche Erfolgsdiagnostik von psychotherapeutischen Behandlungen gibt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt müssten diese aber die entsprechende therapeutische Ausrichtung berücksichtigen, was mit der vorgeschlagenen Formulierung nicht sichergestellt ist. Im Rahmen der Massnahmen zur Qualitätssicherung (s. KVV 52d, Bst e) können diese entwickelt werden.	streichen
Error! Reference source not found.	3			Es soll an der bisher bewährten Sitzungszahl von 40 Stunden festgehalten werden. Die Reduktion der Sitzungszahl ruft einen unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand bei allen Beteiligten hervor, der bereits einmal genau deswegen wieder abgeschafft wurde. Die Beschränkung auf die Dauer einer Sitzung von 60 Minuten ist insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nicht zielführend. Häufig sind Gespräche mit Angehörigen, Lehrpersonen, Amtsträgern usw. notwendig, die in 60 Minuten nicht sinnvoll zu leisten sind. Es braucht hier eine differenziertere Vorgehensweise.	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.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.	3b	1		Konsequenterweise muss 40 statt 30 stehen.	Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden ...
Institut KJF	11b	1	a	Im Sinne der Besitzstandwahrung sollen auch Ärzt*innen, die keinen der genannten Facharztstitel besitzen, aber einen bestehenden Fähigkeitsausweis zur Delegation nachweisen, zur Anordnung zugelassen werden.	auf Anordnung oder eines Arztes oder Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis zur Delegation.
Error! Reference source not found.	11b	1	b	Krisenintervention und Kurztherapie sind zwei verschiedene therapeutische Methoden. Hier findet eine Vermischung statt. 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.	bei Leistungen zur Krisenintervention auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.

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
Institut KJF	2 Abs 1 Bst. b	Das Institut KJF lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wie sie im Vorschlag definiert ist ab, solange nicht eine für alle Therapierichtungen allgemein anerkannte und praktikable Form vorliegt. Heutiger wissenschaftlicher Konsens in der Psychotherapie-forschung ist, dass es keine validierte, einheitliche Erfolgsdiagnostik von psychotherapeutischen Behandlungen gibt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt müssten diese aber die entsprechende therapeutische Ausrichtung berücksichtigen, was mit der vorgeschlagenen Formulierung nicht sichergestellt ist. Im Rahmen der Massnahmen zur Qualitätssicherung (s. KVV 52d, Bst e) können diese entwickelt werden.	streichen
Institut KJF	3	Es soll an der bisher bewährten Sitzungszahl von 40 Stunden festgehalten werden. Die Reduktion der Sitzungszahl ruft einen unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand bei allen Beteiligten hervor, der bereits einmal genau deswegen wieder abgeschafft wurde. Die Beschränkung auf die Dauer einer Sitzung von 60 Minuten ist insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nicht zielführend. Häufig sind Gespräche mit Angehörigen, Lehrpersonen, Amtsträgern usw. notwendig, die in 60 Minuten nicht sinnvoll zu leisten sind. Es braucht hier eine differenziertere Vorgehensweise.	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.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.	3b Abs. 1	Konsequenterweise muss 40 statt 30 stehen.	Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden ...
Error! Reference source not found.	11b Abs.1 Bst. a	Im Sinne der Besitzstandwahrung sollen auch Ärzt*innen, die keinen der genannten Facharztstitel besitzen, aber einen bestehenden Fähigkeitsausweis zur Delegation nachweisen, zur Anordnung zugelassen werden.	auf Anordnung oder eines Arztes oder Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis zur Delegation.
Error! Reference source not found.	11b Abs 1 Bst. b	Krisenintervention und Kurztherapie sind zwei verschiedene therapeutische Methoden. Hier findet eine Vermischung statt. 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.	bei Leistungen zur Krisenintervention auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.
Institut KJF	11b Abs 2	Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist fachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zudem zu einem unnötigen administrativem Mehraufwand. Wiederum ergibt sich ein Widerspruch zum PsyG. In Art. 5 Ziele des PsyG steht u.a.: <i>Die Weiterbildung ... befähigt die Absolventinnen und Absolventen namentlich dazu ...</i> e. <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> g. <i>mit den zur Verfügung stehenden Mitteln wirtschaftlich umzugehen;</i> Sollten wiederum Zweifel bestehen, dass die verantwortlichen Organisationen nicht für die Erreichung dieser Ziele sorgen, so wären	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**

		allenfalls dort Präzisierungen oder Änderungen vorzunehmen. Ferner ist wiederum die Beschränkung der Sitzungsdauer zu bemängeln. S. Bemerkungen zu Art. 3.	
Error! Reference source not found.	11b Abs. 3	S. oben Bemerkungen zu Art. 11b Abs. 2	streichen
Error! Reference source not found.	11b Abs. 4	Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 (s. unten) zu erfolgen.	streichen
Error! Reference source not found.	11b Abs. 5	Die Berichte nach 40 Stunden müssen von den fallverantwortlichen Psychotherapeut*innen 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 auf der Grundlage des Berichts des behandelnden Psychotherapeuten oder der behandelnden Psychotherapeutin.
Error! Reference source not found.	Über- gangs- bestim- mung	Wenn eine fixe zeitliche Frist formuliert wird, besteht die Gefahr, dass weder Leistungen für die delegierte Psychotherapie noch Leistungen nach dem Anordnungsmodell übernommen werden. Dies könnte dann eintreten, wenn die Leistungsdauer für die delegierte Psychotherapie abgelaufen ist, aber noch keine gültige Tarifvereinbarung für das Anordnungsmodell vorliegt. Die Leidtragenden wären die Patient*innen, welche dann überhaupt keine Leistungen der Versicherer für die Psychotherapie erhielten.	Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis eine Tarifvereinbarung zum Anordnungsmodell in Kraft getreten ist.
Error! Reference			

From: Marion Jost Marx <marion.jostmarx@psychologie.ch>
Sent: Dienstag, 15. Oktober 2019 13:12
To: _BAG-Leistungen-Krankenversicherung; _BAG-GEVER;
kantonsarzt.sekretariat@gd.zh.ch
Cc: berufspolitik@fsp.psychologie.ch; Silvie Pfeifer; Karin Diener; Marion FSP Jost Marx
Subject: Stellungnahme zur Vernehmlassung der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie
Attachments: 191015_Stellungnahme IBP_PsychologInnen-Sektion_D.docx; 191015_Stellungnahme IBP_PsychologInnen-Sektion_D.pdf
Categories: Jannik

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir senden Ihnen die Stellungnahme zur Vernehmlassung der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie der PsychologInnen-Sektion der Fachmitglieder Psychotherapie des IBP-Institutes zu. Wir sind ein Gliedverband der FSP. Die Stellungnahme basiert auf der erfreulichen Zusammenarbeit der drei nationalen Berufsverbände FSP, ASP und SBAP, die wir in weiten Teilen unterstützen.

Wir hoffen, mit unserem gemeinsamen Engagement weitere konstruktive Schritte bezüglich psychologischer Psychotherapie zu unterstützen.

Mit freundlichen Grüssen
Marion Jost

Leitung Fachmitglieder Psychotherapie / PsychologInnen-Sektion IBP Institut Mühlestr. 10
8400 Winterthur

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : PsychologInnen-Sektion der Fachmitglieder Psychotherapie des IBP Institutes

Abkürzung der Firma / Organisation : IBP Institut (PsychologInnen-Sektion)

Adresse : Mühlestrasse 10, 8400 Winterthur

Kontaktperson : Marion Jost

Telefon : 079 347 58 57

E-Mail : marion.jostmarx@psychologie.ch

Datum : 15.10.2019

**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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Thorsten Jakobsen

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Gerbergasse 43, PF 710, 4001 Basel

Kontaktperson : Thorsten Jakobsen

Telefon : 061 26 333 50

E-Mail : jakobsen@gmx.ch

Datum : 27.09.2019

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
Praxis Jakobsen	Auch ich möchte mich bedanken für die Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie auch wenn ich nicht direkt angesprochen bin. Grundsätzlich ist das Anordnungsmodell sehr zu begrüßen. 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. 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 ist begrüßenswert. 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. Neben vielen Einwänden die erhoben werden, möchte ich vor allem auf sehr störende Aspekte eingehen, die andererseits sicher kaum genannt werden. Ich mache dies nach Jahren internationaler praxisnaher Psychotherapieforschung und Mitautor der OPD und Initiator der Praxisqualitätssicherung QPP. Unsere Arbeitsgruppe verfügt in diesem Bereich was zumindest die psychoanalytisch orientierten Kollegen angeht über einen Erfahrungs- und Wissensvorsprung in der Schweiz und Deutschland der sicher unvergleichlich ist.

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.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Praxis Jakobsen	2	1	b	Diagnostik: Man muss 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. Sollten validierte diagnostische Instrumente nach Abschluss des Pilotprojekts zur Anwendung kommen, dann müssen diese zwingend an das jeweilige empirisch anerkannte Therapieverfahren angepasst sein. Eine einseitige auf die Patientensicht (Fragebögen) ausgerichtete Erfassung als Gegenstandsunangemessen und fahrlässig einzuschätzen. Hier ist mit Einsprüchen und dem Vorwurf der Fahrlässigkeit zu rechnen, da es nicht Stand der Forschung ist. 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).	Bei Anwendung: <i>«Sie umfasst eine Einstiegs- und Verlaufsdiagnostik, wie 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>

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

				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 Verlaufsdagnostik die Instrumente um andere Dimensionen ergänzt werden. Zudem ist auf eine Selbst- und Fremdeinschätzung zu achten um einer grobe Fehleinschätzung vorzubeugen. 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 den Behandlungsplan (Setting, Ziele, Interventionen etc.) damit Patienten nicht unter oder überfordert werden. Insbesondere die Nachhaltigkeit des Therapieeffektes erfordert eine weitergehende Stabilisierung über die reine Symptomreduktion hinaus. Symptomfragebögen sind selbst bei extensivem Einsatz dabei insensitiv auf behandlungsrelevante Beschwerden bei ca 15- 20% der schweizer Patienten (Mattanza et al. Seele und Forschung 2006). 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	
--	--	--	--	--	--

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

			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 massgeschneidertes Instrumentarium für ambulante Psychotherapie. Heutiger wissenschaftlicher Konsens in der Psychotherapieforschung ist, dass es keine validierte, einheitliche Erfolgsdiagnostik von psychotherapeutischen Behandlungen gibt, 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. 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	
--	--	--	---	--

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

				Informationen von Patient und Therapeut beurteilt werden. Es geht um eine praxisnahe Evaluation und kritische Begleitung ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen.	
Praxis Jakobsen	3			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 Insbesondere eine reine Steuerung der Therapiedauer durch externe Entscheider auf der Basis reiner Fragebogendaten muss als sehr problematisch eingestuft werden. Hier stellt sich auch die Frage der Haftung im Einzelfall. Eine Reduktion von 40h auf 30h ist bestenfalls kostenneutral und zieht teureres Fachpersonal aus der Versorgung ab in die Verwaltung.. Erläuterungen: Dem Verordnungsentwurf liegt mit Bezug auf die BASS Strukturhebung (2012) die Annahme zugrunde, dass sich die durchschnittliche Anzahl Therapiesitzungen pro Psychotherapie	<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>

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

			auf 29 Therapiesitzungen beläuft. In der BASS Studie wird die 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 Bei vielen Patient*innen muss entsprechend ein Gesuch um eine oder mehrere Verlängerungen der Kostengutsprachen gestellt werden. Eine solche Verlängerung ist sowohl zweckmässig, 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 Kostenrahmen: Geht man davon aus, dass aktuell ca. in 20% der Fälle eine Verlängerung über die zunächst beantragten 40 Stunden hinaus nötig ist, kommt es in der Regel dann zu 80 h Behandlung. (80% 40h; 20% 80h) Das macht im Schnitt 48h pro Pat. Senkt man den beantragten Block auf 30h muss man davon ausgehen, dass ca. 40% der Fälle eine Verlängerung benötigt wird was dann zu 60h führt. Darüber hinaus ist am Ende bei ca. 10 % über eine Behandlung über 60 hinaus zu rechnen	
--	--	--	---	--

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

				(60% 30h; 40% 60h; plus 10% weitere 30h). Das macht im Schnitt 45h pro Patient. Allerdings kommt es statt in 20% der Fälle zu einer schriftlichen Begründung und Beurteilung durch geschultes Personal in ca. 50% zu einer Begründung und Beurteilung. Dies verschwendet Ressourcen, da geschulte Kollegen besser in der Behandlung als in der Verwaltung eingesetzt werden sollten. Siehe hierzu auch die abgeschafften Versuche nach 10h eine schriftliche Stellungnahme einzufordern, In Deutschland kämpfen die Krankenkassen aus Kostengründen seit langem dafür das dortige adäquate Begutachtungsverfahren (in 100% aller Fälle) abzuschaffen, da es aus ihrer Sicht schlicht zu teuer ist.	
Praxis Jakobsen	11b	2, 4		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. Hier entstehen weitere Verwaltungskosten und bindet teure psychotherapeutisch / ärztlich tätige Kollegen in der Verwaltung. 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	

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

				können, womit die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Therapie stark reduziert ist und damit auch die erhoffte Kostensenkung in Frage steht. 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 Die Notwendigkeit zur Fortführung der Therapie soll im alleinigen Ermessen der behandelnden Psychotherapeut*in liegen. Sie können die notwendige Behandlungsdauer am besten einschätzen.¹⁰ Dementsprechend soll auch der Bericht an den Vertrauensarzt durch die behandelnde Psychotherapeut*in erfolgen. Alles andere ist auch rechtlich höchst bedenklich.	
--	--	--	--	--	--

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).

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

(...) 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.

⁵ Dipl. Psych. Th. Jakobsen & Prof. Dr. G. Rudolf (2019) Erfahrungen mit der Qualitätssicherung für psychoanalytische Psychotherapie (QPP).

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

Vernehmlassungsverfahren

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 Verlaufsbewertung ermöglichen, so dass z.B. langfristig „gute“ und „problematische“ Verläufe identifiziert werden können. Zugrunde 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	Bogen 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.

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 Therapeuteneinschätzungen 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)

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Jürg Thomet, Psychotherapeut in delegierter Anstellung, Psychotherapeutische Gemeinschaftspraxis

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Bollwerk 41, 3011 Bern

Kontaktperson : Jürg Thomet

Telefon : 079 647 58 25

E-Mail : juerg.thomet@vtxmail.ch

Datum : 13.10.2019

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
Gemeinschaftspraxis Bollwerk, Bern	Persönliche Betroffenheit: Ich bin Psychotherapeut in ärztlich delegierter Anstellung. Ich wurde 2004 vom BAG durch die Tariffkommission nach Sichtung meiner Akten akkreditiert und bin Mitglied von GEDAP Gesellschaft delegiert arbeitender Psychotherapeut/innen. Ich gehöre zu einer kleinen Gruppe, die von keinem Psychotherapieverband aufgenommen wurde. Dies unter anderem, weil meine Ausbildungsinstitution nicht mehr existiert. Somit konnte ich den eidgenössischen Fachausweis nicht erwerben. Meine Ausbildung entspricht den Bedingungen, die an die Institute gestellt wurden, die der Psychotherapie-Charta beitraten. Meine Akkreditierung erfolgte auch, weil ich ausgebildeter Psychiatriepfleger bin und viele Jahre klinisch auf diesem Beruf gearbeitet habe. Dann auch, weil ich nach meiner Psychotherapieausbildung einige Jahre als delegiert arbeitender Psychotherapeut in einer Klinik angestellt war und dort in einem Ärzteteam Psychotherapie ausüben konnte. Ich bin auf eine Besitzstandwahrung angewiesen. Sollte dies nach Auflösung der delegierten Psychotherapie nicht reibungslos erfolgen, werde ich gezwungen sein, mich beim RAV zu melden, sofern dies klappen würde. Andernfalls würde ich in finanzielle Schwierigkeiten geraten, weil ich faktisch meinen Beruf nicht mehr ausüben dürfte und auch nicht über die Krankenkasse abrechnen könnte. Dies wäre nach 35 Jahren Tätigkeit in der Psychiatrie/Psychotherapie ein unwürdiger Abschluss meiner beruflichen Tätigkeit. Es wäre für viele KollegInnen, die ähnlich wie ich nur ein paar Jahre vor der Pensionierung stehen sehr hilfreich, wenn die delegierte Psychotherapie länger als ein Jahr parallel mit dem Anordnungsmodell weitergeführt würde. Andernfalls bedeutet es für uns, dass wir für 2-3 Jahre nochmals die ganze Praxis in Bezug auf Strukturen, Versicherungen etc. neu aufbauen müssen, was sehr arbeitsintensiv wäre.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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)
				Allgemeine Einschätzung zum Wechsel zum Anordnungsmodell: Dass Psycholog/innen selbständig arbeiten und abrechnen können, ist meines Erachtens ein sehr berechtigter Anspruch. Nur geht das vorgesehene Anordnungsmodell zu wenig weit. Ich empfinde es als unangemessen, dass alle zugelassenen ÄrztInnen darüber entscheiden können, ob eine Psychotherapie angebracht ist und wie lange sie dauern soll. Es ist eine weitere Diskriminierung dieser Berufsrichtung, die fachlich einen sehr hohen Ausbildungsstandart erfüllt. (Welcher Facharzt, zB Herzspezialist, würde akzeptieren, dass ihm ein anderer Arzt aus einer anderen Fachrichtung vorschreiben könnte, ob eine Herzoperation angebracht ist und womöglich noch, mit welcher Technik diese ausgeführt werden muss). Ich finde, da fehlen ganz einfach die Fachkenntnisse vieler Ärzte, um entscheiden zu können, ob eine Psychotherapie angebracht ist und wie lange sie dauern soll. Da nun offenbar die Finanzierungsmöglichkeiten für ein weiterreichendes Modell fehlen, wäre eine Fortsetzung der delegierten Psychotherapie, bei der die Therapien durch einen Facharzt (PsychiaterIn) angeordnet und überwacht	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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, fachlich besser verankert und viel besser geeignet. Dazu müsste jedoch ein Gesamtarbeitsvertrag erarbeitet werden, der die Rechte und Pflichten von Psychotherapeut/innen und delegierenden Ärzt/innen regelt. So wären beide Berufsrichtungen besser geschützt. Ich arbeite seit vielen Jahren in einer Gemeinschaftspraxis und habe befriedigende Anstellungsbedingungen, auch in Bezug auf die Finanzen. Diese Form der Zusammenarbeit empfinde ich als sehr fruchtbar und bereichernd, auch für die PatientInnen. Zudem finde ich es als anstossend, dass mit der Einführung des Anordnungsmodells auch gleich die Bedingungen für Psychotherapie verschlechtert werden (nach 15 Stunden bereits wieder ein Arztgespräch und schon nach 30 Stunden Kontakt mit der Krankenkasse, dazu viel anderer administrativer Aufwand etc.). Dadurch wird es auch teurer, ohne die Leistungen zu verbessern.	

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-Positionspapier 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	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 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.

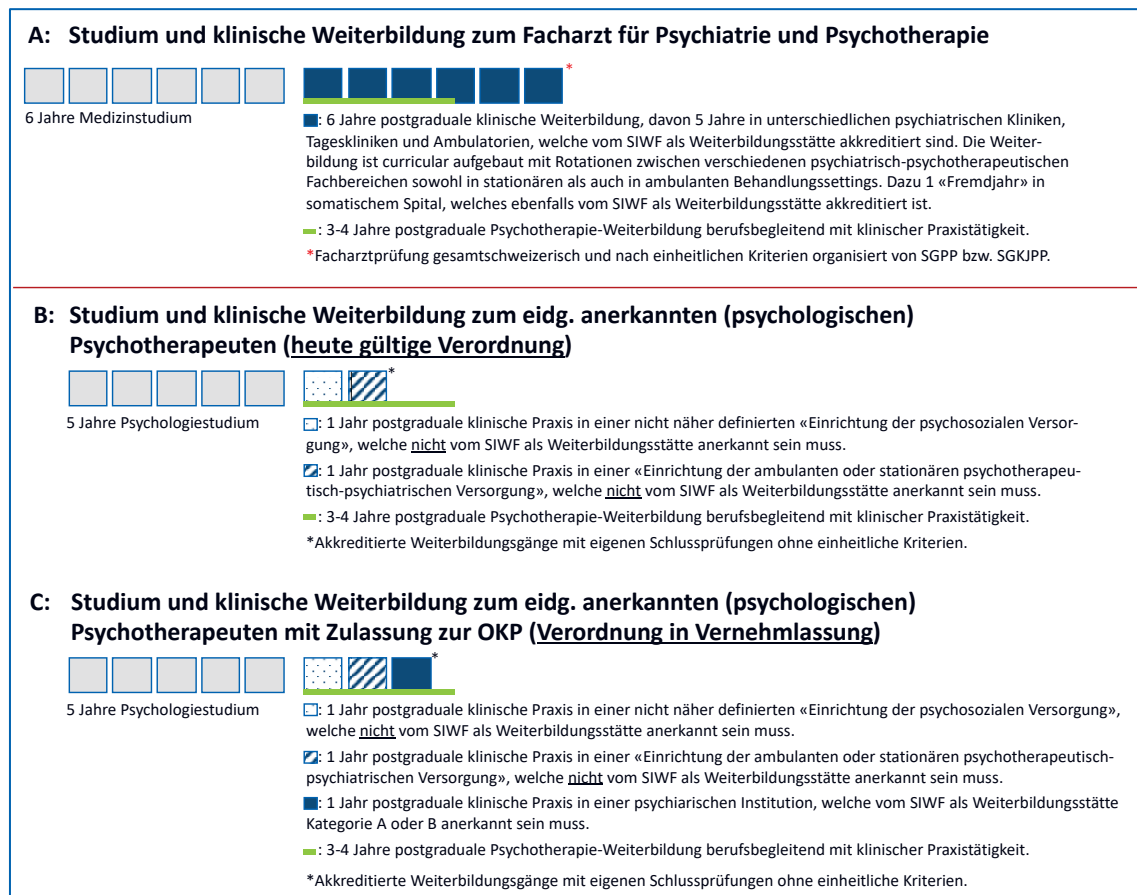


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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 Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle 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 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).

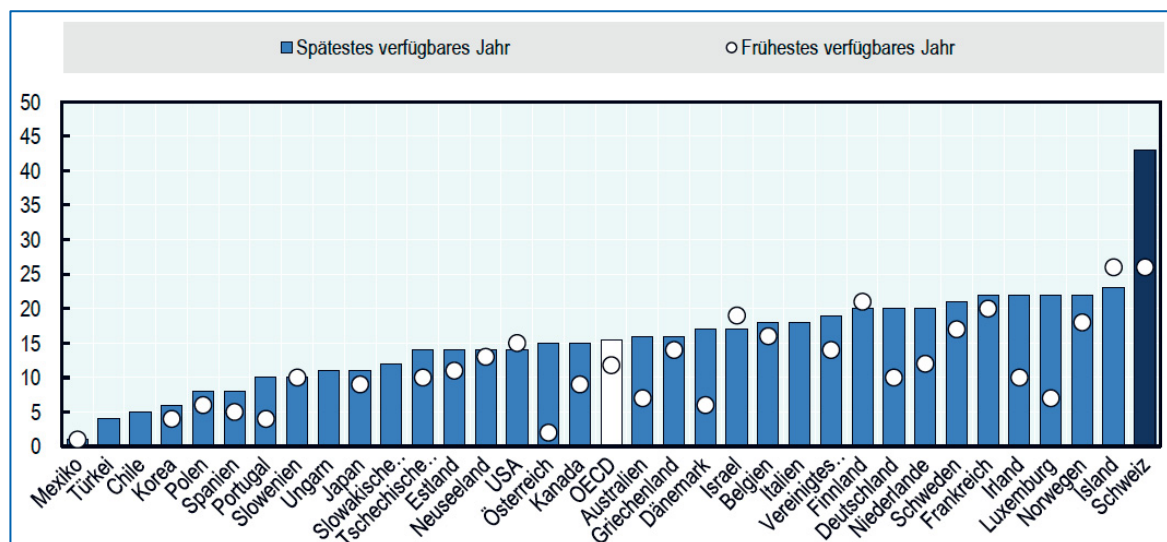


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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 Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.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.

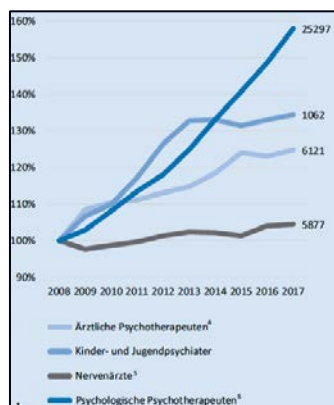


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

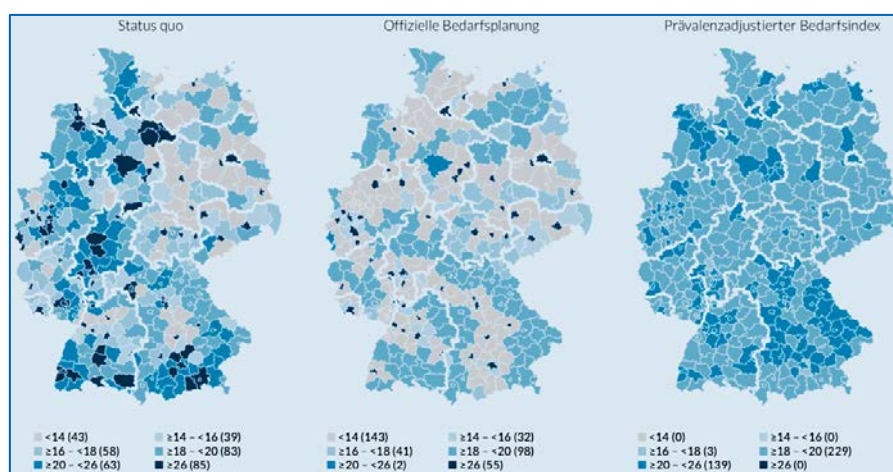


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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/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 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.

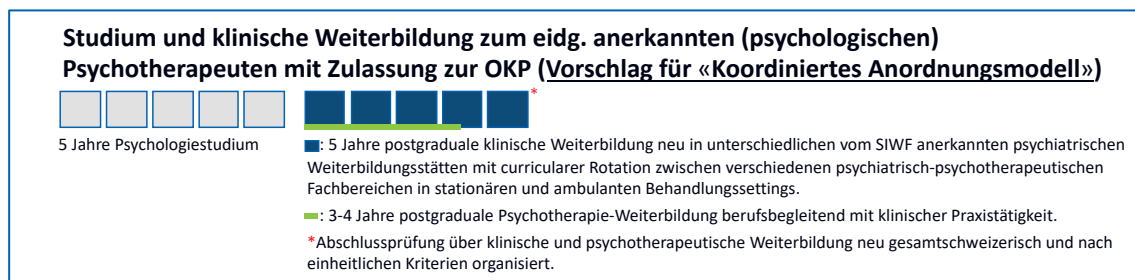


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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.

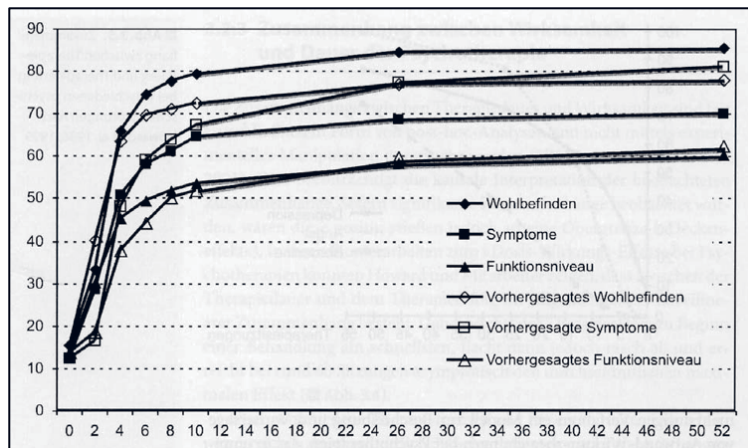


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

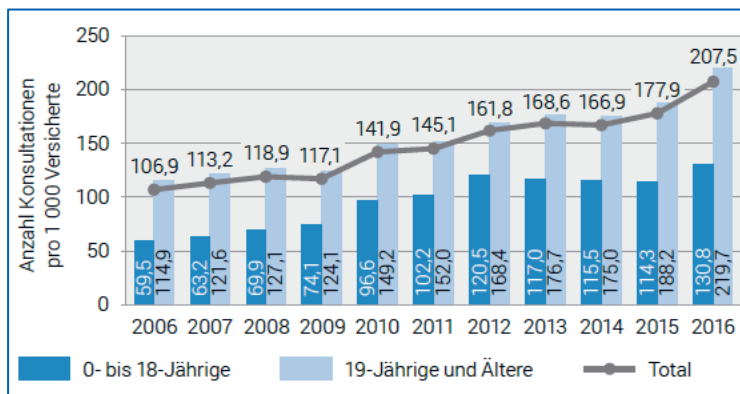


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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 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 : Karin Yerebakan, Eidg. Dipl. Betr. Oec. HWV

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Kreuzstrasse 4, 8800 Kilchberg

Kontaktperson : Karin Yerebakan

Telefon : +41 78 633 08 34

E-Mail : karinyerebakan@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**

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
Privat	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 «<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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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> 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)).
Error! Reference source not found.	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

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**

	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 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**

	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). - o 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. - o 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.
--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
Error! Reference source not found.	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).

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

	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).
--	---

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 meinen 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**

Error! Reference source not found.	Art.50	Abs.1	c	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> <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> 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> Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.

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

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

				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	
--	--	--	--	--	--

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

				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.	
--	--	--	--	---	--

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

				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 Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.	
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.			<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. 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	
-------------------	--	--	---	--

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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.	
--	--	---	--

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

		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	

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

		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	

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

		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	
--	--	--	--

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

		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.	
--	--	---	--

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

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

Karin Yerebakan, Eidg. Dipl. Betr. Oec. HWV
Kreuzstrasse 4
8800 Kilchberg

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)).

1.1. 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 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 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 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 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-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, 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 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. 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 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.

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Karin Yerebakan, Eidg. Dipl. Betr. Oec. HWV

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

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

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG	01. Okt. 2019					TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
Ges						AS Chem
	VA	NCD	MT	BloM	Chem	Str

Dr. med. Dipl.-Psych. Katharina Eitel

Praxis ppb

Spitalackerstr 53

3013 Bern

Bern, 23.09.2019

**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.

Frau Dr. Eitel 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

Frau Dr. Eitel 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.

- Frau Dr. Eitel, 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 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 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)

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 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.*

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 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 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 **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 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. 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 vernehmten 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. Dipl.-Psych. Katharina Eitel

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

Praxis PPB
Dr.med. Dipl.-Psych. K. Eitel
FÄ Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Spitalackerstrasse 53
3013 Bern
Tel 031 556 15 01
eitel@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 : Praxis Dr. Eitel,

Abkürzung der Firma / Organisation : PPB

Adresse : Spitalackerstr. 53, 3014 Bern

Kontaktperson : Dr. med. Dipl.-Psych. Katharina Susanne Eitel

Telefon : +41 (31)5561501

E-Mail : eitel@hin.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 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
Frau Dr. med. Dipl.-Psych. Katharina Eitel	I. Zusammenfassung Frau Dr. med. Dipl.-Psych. Katharina Eitel 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 «<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

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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> 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)).
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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 Mangerversorgung, 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

	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 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. Frau Dr. med. Dipl.-Psych. Katharina Eitel 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
--	---

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**

	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 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.
--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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).

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

	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).
--	--

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	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>	Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>
				Wir lehnen 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**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art.50	Abs.1	c	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> 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> 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	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.

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

			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	
--	--	--	---	--

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

				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	
--	--	--	--	---	--

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

			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	
--	--	--	--	--

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

				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.	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.			II <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.	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.</i> 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	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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
Frau Dr. med. Dipl.- Psych. Katharina Eitel	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.
		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): <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>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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.	
--	--	--	--

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

		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	

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

		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	

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

		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	
--	--	--	--

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

		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.	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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
Frau Dr. med. Dipl.- Psych. Katharina Eitel		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.	

Dr. K. Eitel, Bern, den 18.9.19

Praxis PPB
Dr.med. Dipl.-Psych. K. Eitel
 FÄ Psychiatrie und Psychotherapie FMH
 Spitalackerstrasse 53
 3013 Bern
 Tel 031 556 15 01
 eitel@hin.ch

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	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 (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.

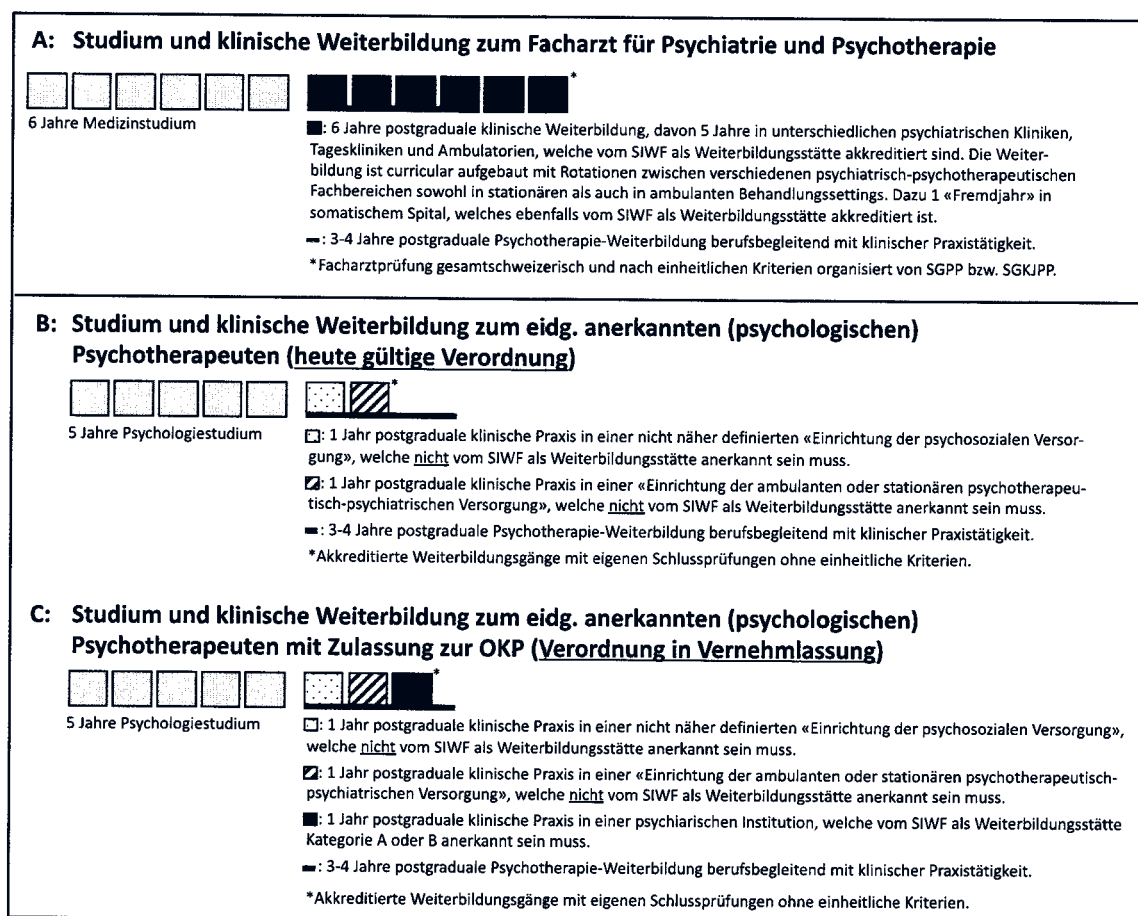


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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-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).

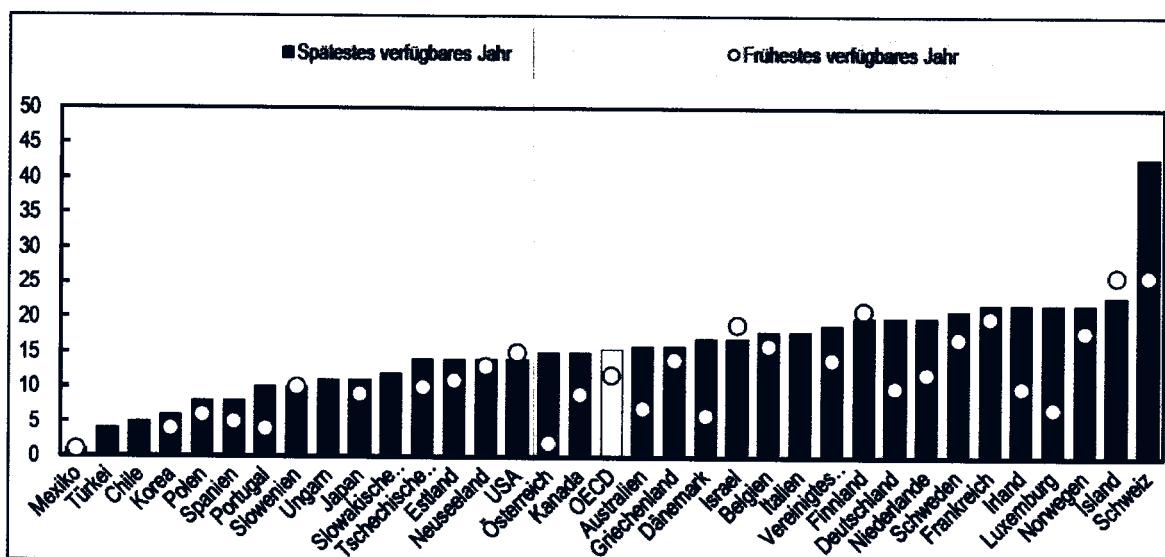


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

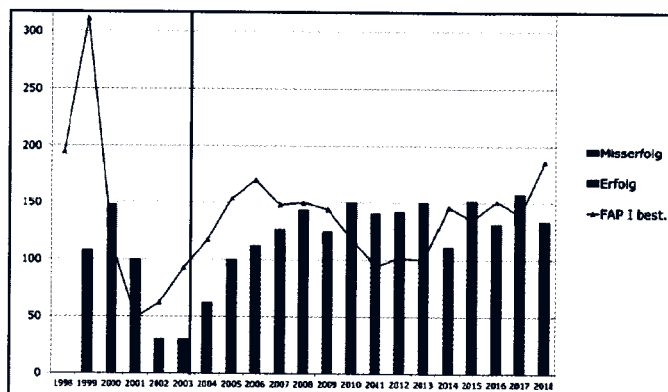


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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 Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztteststatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztteststatistik/fmh-aerztteststatistik.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.

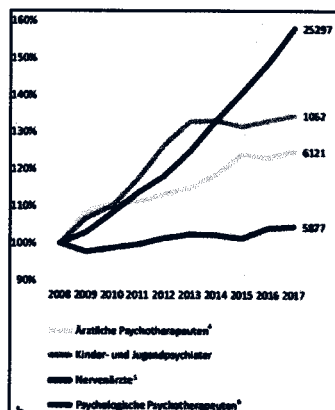


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

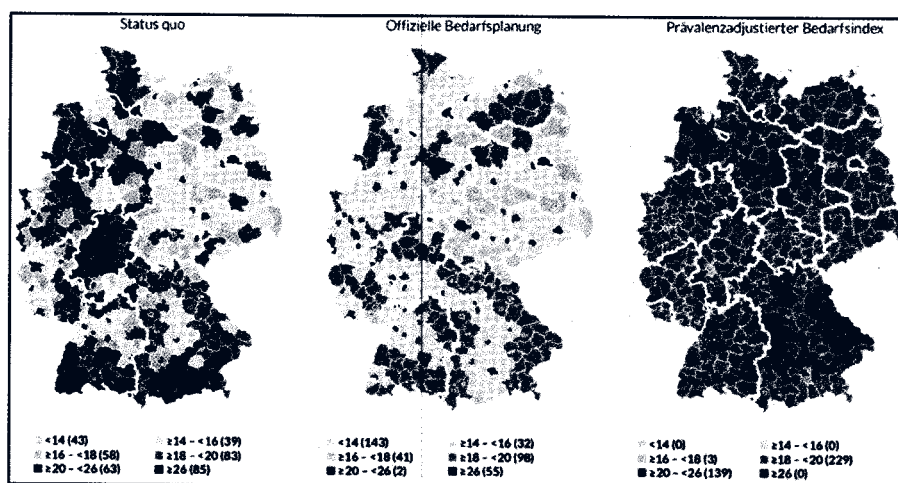


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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/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 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 Weiterbildungen 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 Weiterbildungsang 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.

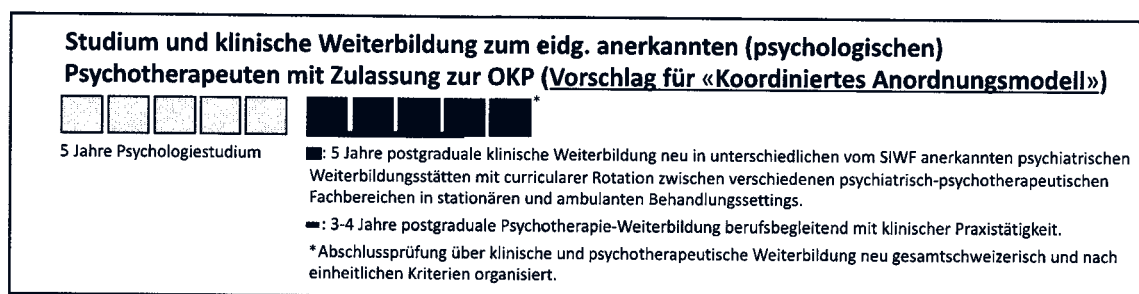


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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.

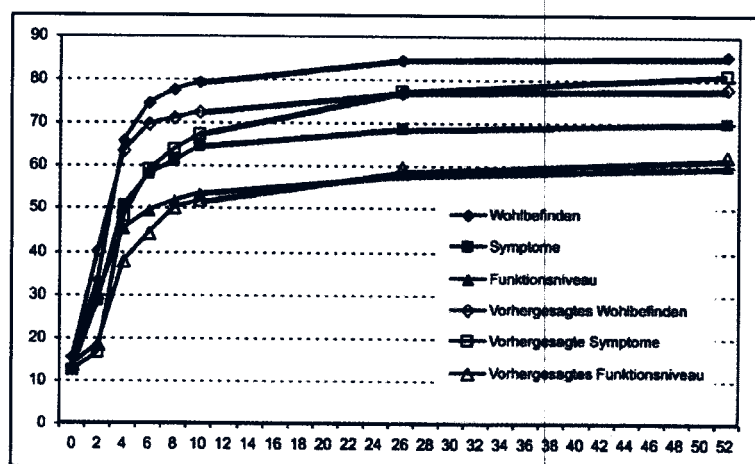


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

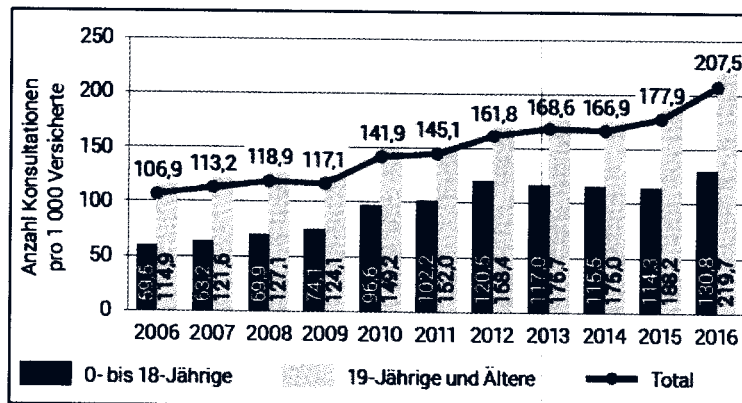


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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 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 : Klaus-Grawe-Institut für Psychologische Therapie

Abkürzung der Firma / Organisation : KGI

Adresse : Grossmünsterplatz 1, 8001 Zürich

Kontaktperson : Barbara Heiniger Haldimann

Telefon : 044 251 24 40

E-Mail : bheiniger@ipt.ch

Datum : 25.09.2019

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.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
KGI	Das Klaus-Grawe-Institut für Psychologische Therapie (KGI) bietet seit 20 Jahren wissenschaftlich orientierte, massgeschneiderte Psychotherapie und Präventionstrainings an, bildet Psychologinnen und Psychologen zu Psychotherapeuten aus und beteiligt sich an Forschung zur Verbesserung Psychologischer Therapie. Die Weiterbildung ‚Psychotherapie mit kognitiv-behavioralem und interpersonalem Schwerpunkt‘ ist eine vom EDI (BAG) akkreditierte Weiterbildung für Psychologen/innen mit abgeschlossenem Hochschulstudium. Sowohl in Bezug auf die am KGI durchgeführten Psychotherapien wie auch im Zusammenhang mit der Weiterbildung in Psychotherapie ist für uns eine Neuregelung der psychologischen Psychotherapie von grossem Interesse. Einerseits bilden wir die Psychologen gemäss PsyG darin aus, Psychotherapie in eigener fachlichen Verantwortung auszubilden, andererseits sind wir damit konfrontiert, dass psychologische Psychotherapie nicht von der Grundversicherung der Krankenkasse übernommen werden kann (Delegationsmodell) und sind der Ansicht, dass der Schritt zu einem Anordnungsmodell eine folgerichtige Konsequenz aus dem PsyG, aber auch eine notwendige Verbesserung der Versorgungslage in der Schweiz bedeutet. Aus dem Bericht des BAG zur Psychischen Gesundheit in der Schweiz geht hervor, dass ca. 17% der Bevölkerung an einer oder mehreren psychischen Krankheiten leiden, d.h. psychische Krankheiten gehören zu den häufigsten und den einschränkensten Krankheiten überhaupt. Betrachtet man diese Zahlen zu Betroffenen von psychischen Störungen und Folgekosten ist es naheliegend, dass es um die Verbesserung des Zugangs zu qualitativ guter Patientenversorgung geht und dabei diejenigen in die Versorgung eingebunden werden sollten, die dafür auch gut ausgebildet sind, und das sind neben Psychiatern/innen auch die psychologischen Psychotherapeuten/innen.
KGI	Eckpunkte der Vorlage, welche das KGI klar stützt: Das KGI 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. (Viele Patienten können aus Versicherungsgründen von selbständig tätigen Psychologen/innen nicht behandelt werden, die Wartezeiten in den Praxen mit delegiert arbeitenden Psychologen/innen sind sehr lang.) Weiter stützen wir klar die durch den Modellwechsel erwartete Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung, die durch das PsyG geregelten Anforderungen an die Psychotherapieweiterbildung (eidgenössischer Fachtitel in Psychotherapie) gewährleistet ist. Unsere Erfahrung zeigt bsw., dass psychiatrische Kliniken, Ambulatorien und Praxen oft grosse Mühe haben, ihre Stellen mit Psychiater/innen zu besetzen, da ein Mangel an Psychiater/innen herrscht (insbesondere an solchen, die der deutschen Sprache mächtig sind), hingegen viele gut ausgebildete Psychologische Psychotherapeuten/innen vorhanden sind. Es ist aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar, dass einerseits im PsyG – durchaus richtigerweise - hohe Anforderungen an die Qualität der Psychotherapieweiterbildungen gestellt werden und festgehalten wird, dass psychologische Psychotherapeuten dadurch befähigt werden, selbständig psychotherapeutisch tätig zu sein, andererseits genau diese selbständige Tätigkeit aus der Grundversicherung nicht finanziert wird, was den Zugang zu Psychotherapie und zu gut ausgebildeten Psychotherapeuten erheblich erschwert.

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

	Einverstanden ist das KGI auch mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag, welche Ärzte anordnungsberechtigt sind und in welchen zusätzlichen Situationen (Art 11 b) psychologische Psychotherapie angeordnet werden kann. 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.
KGI	Inhalte der Vorlage, welche das KGI (im Wesentlichen im Einklang mit der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP) ablehnt bzw. deren Anpassung gefordert wird: • Das KGI lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Eine Beschränkung auf 30 Sitzungen erscheint willkürlich, der administrative Aufwand und letztendlich die Kosten werden dadurch gesteigert. • Das KGI lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist ebenfalls kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Das KGI 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 KGI lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Das KGI schlägt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag vor. • Das KGI 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.
KGI	Ergänzungen, welche das KGI vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind: • 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. Das KGI 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 Verrechnbarkeit 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.

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

	- Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht des KGI braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. - Psychotherapie basiert auf Sprache. Das KGI unterstützt die Forderung der FSP, dass, ein Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom gelten soll. (Es kommt z.Z.t. manchmal in Kliniken zu absurden Situationen, wenn Psychiater/innen ihre Patienten nicht oder missverstehen in Situationen, in denen ein Verständnis absolut zentral ist!)
--	---

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
KGI	50c	1	a & b	Eidg. Titel und kantonale Bewilligung Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidgenössischen Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.	
KGI	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 KGI unbestritten. Das KGI 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	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

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

				Rahmen des KVG. Das KGI steht aber der geforderten zusätzlichen Erfahrung von 12 Monaten klinischer Praxis kritisch gegenüber, sofern diese nur <i>nach</i> Abschluss der Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen kann. Das KGI findet die Forderung nach zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung nur gerechtfertigt, wenn diese auch <i>während</i> der Weiterbildung absolviert werden können. Für das KGI ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst <i>nach</i> Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden. (Zudem wurde die Anforderung an klinische Praxistätigkeit durch das PsyG (seit 2013) bereits von den vorher von FSP und den meisten Kantonen geforderten 12 Monaten à 100%-Tätigkeit verdoppelt auf 24 Monate à 100%-Tätigkeit.) Aus unserer Sicht völlig unklar ist auch, wo all die Psychotherapeuten in Ausbildung Stellen finden sollen, an denen sie all die geforderten Monate (z.Zt. nach PsyG 2 Jahre), insbesondere die zusätzlich geforderten 12 Monate, absolvieren können. Bereits heute ist es für Psychologen in Ausbildung nicht einfach, Stellen zu finden und es besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Analog zu der Situation bei den Ärzten sollten im Grunde genommen die Kantone verpflichtet werden, auch für Psychologen genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren und so eine Verbesserung der Versorgung psychisch Erkrankter in der Schweiz zu unterstützen. Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie	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**

				und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht. Daher sind aus unserer Sicht folgende Anpassungen sinnvoll: Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann <i>sowohl während als auch nach der Weiterbildung</i> 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. Deren Durchführbarkeit einzig <i>nach Abschluss</i> der Weiterbildung lehnt das KGI ab. Die zusätzliche klinische Praxis soll <i>entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten</i> erfolgen können.	
KGI	50c	1	d (neu)	Sprachkompetenz Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet den Therapieerfolg. Das KGI fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.	d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)
KGI	50c	2		Anforderungen an die Weiterbildungsstätten Als kritisch erachtet das KGI die Knappheit der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze. Im Hinblick auf eine langfristige Sicherstellung der Versorgung und um eine Verknappung an	Ergänzung [...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche 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

				Ausbildungsplätzen zu verhindern, schlägt das KGI folgendes vor: • 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.	über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.
KGI	Übergangsbest.	1 & 2		Das KGI findet die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeuten sinnvoll. Diese Bestimmungen dämpften die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.	

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)

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

KGI	3			Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer Das KGI ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Bereits in den 90-er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden. 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! 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, bei Einbezug von Bezugspersonen, Expositionen bei Ängsten und Zwangsstörungen, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert. Das KGI ist daher der Meinung, dass Vorgaben	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.
-----	---	--	--	---	---

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

				über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien.	
KGI	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 [...]
KGI	11b	1	a	Anordnungsbefugte Ärzte Das KGI begrüsst 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.	
KGI	11b	1	b	Kriseninterventionen Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun. Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht	Änderungsvorschlag 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

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

				sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen. Im Sinne der Senkung von Zugangshürden findet das KGI den Vorschlag sinnvoll, 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.	mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.
KGI	11b	2		Begrenzung auf 15 Sitzungen Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist nicht nachvollziehbar, sie verursacht höchstens höhere Kosten. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Mehrbelastung zum Nachteil der Zeit, die für die Patienten und die Therapie aufgewendet werden sollte. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung enorm erschwert. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Antrag auf Streichung: 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.
KGI	11b	3		Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet. Begründung für den Änderungsvorschlag bez.	Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60

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

				der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.
KGI	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.
KGI	11b	5		Die Berichte nach 40 Stunden müssen vom <i>fallverantwortlichen Psychotherapeuten</i> 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.

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

Solothurner Spitäler AG
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Dr.med. Barbara Wendel-Widmer
Chefärztin
Wengistrasse 17
4500 Solothurn

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Bern, 17. 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 Kinder- und Jugendpsychiatrie der Solothurner Spitäler 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 Kinder- und Jugendpsychiatrie der Solothurner Spitäler 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 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

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

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 Kinder- und Jugendpsychiatrie der Solothurner Spitäler 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 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

von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

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 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

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.

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 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

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 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.

- 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 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, 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 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 vernehmten 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. Barbara Wendel-Widmer
Chefärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie
Solothurner Spitäler AG

(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-Positionspapier 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	<i>Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen</i>	<i>5</i>
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>	<i>8</i>
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>	<i>11</i>
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>	<i>15</i>
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>	<i>18</i>
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>	<i>19</i>
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.

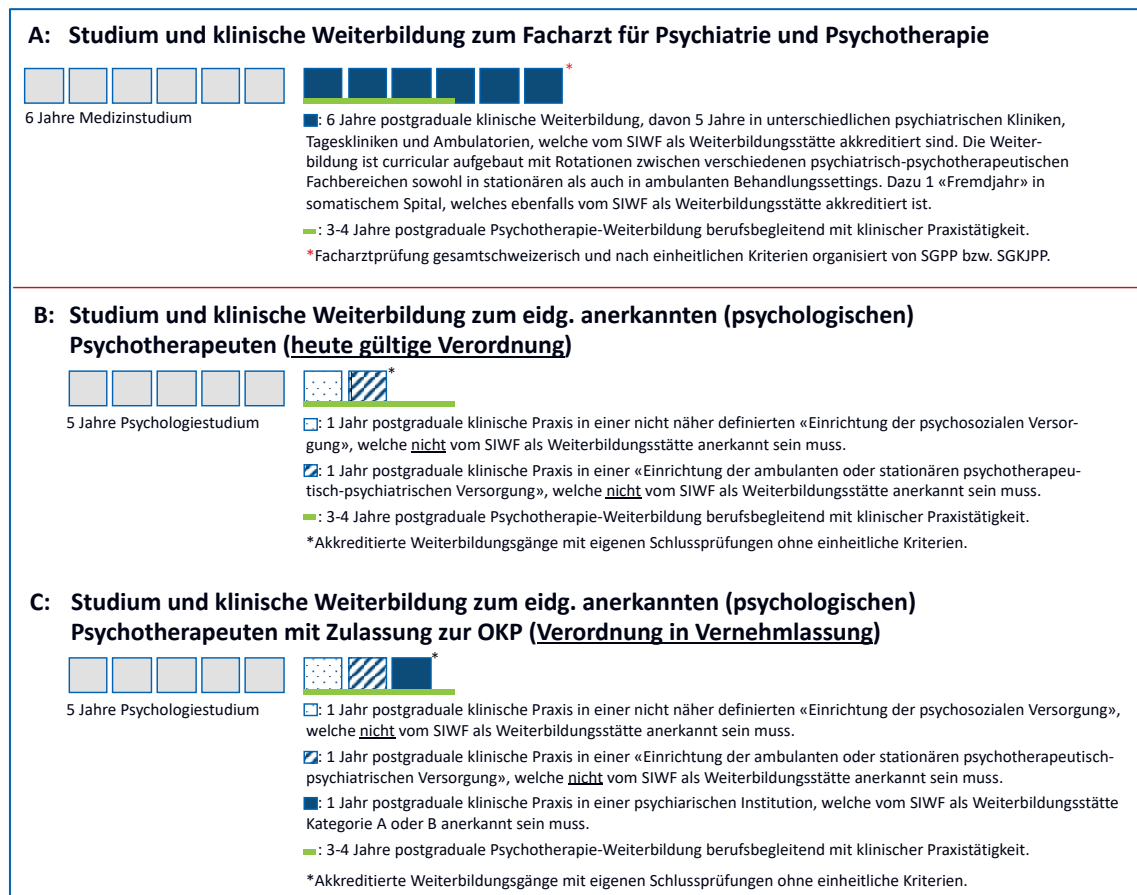


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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

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 Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle 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 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).

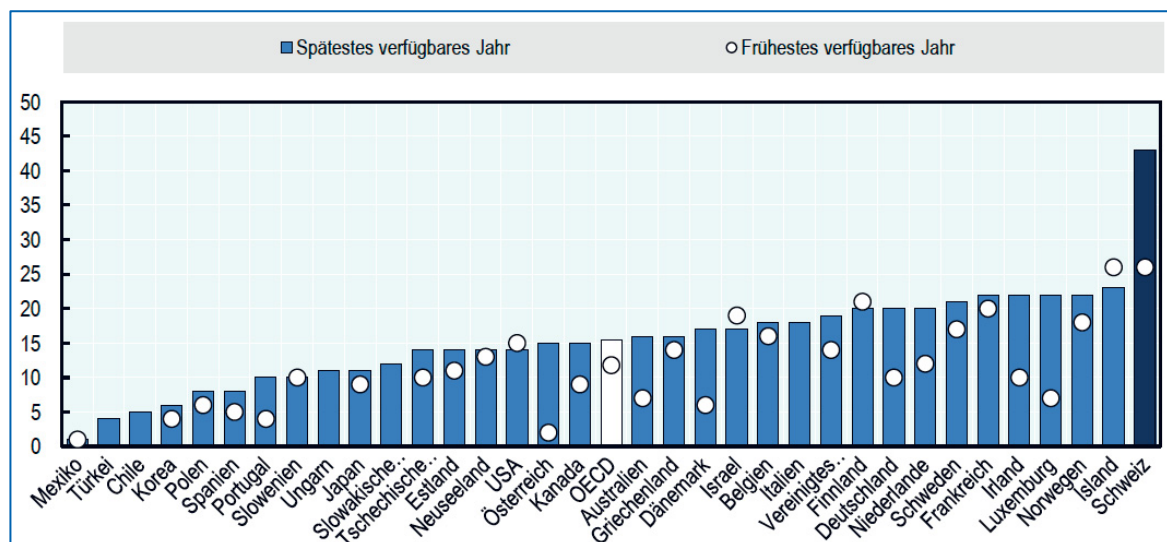


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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 Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztteststatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztteststatistik/fmh-aerztteststatistik.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.

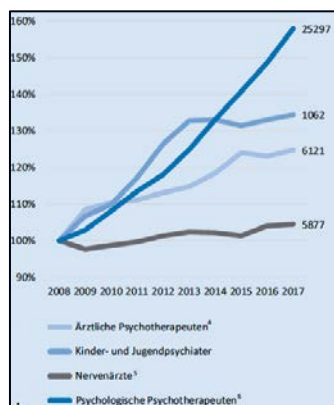


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

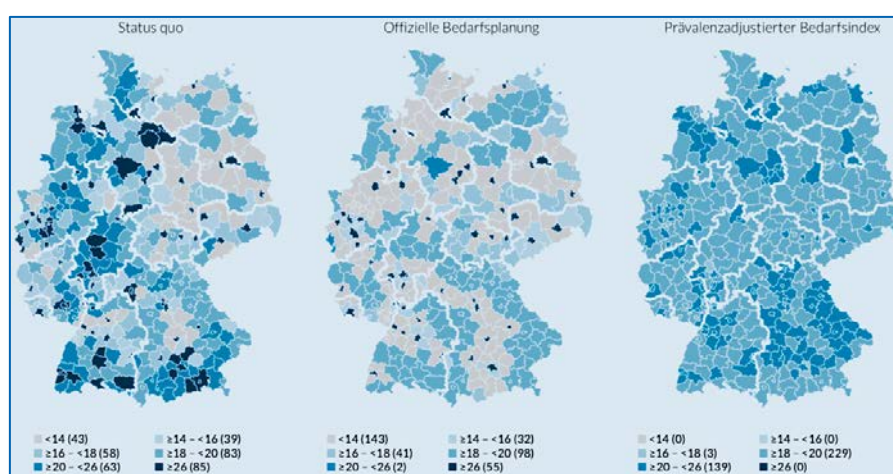


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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/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 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.

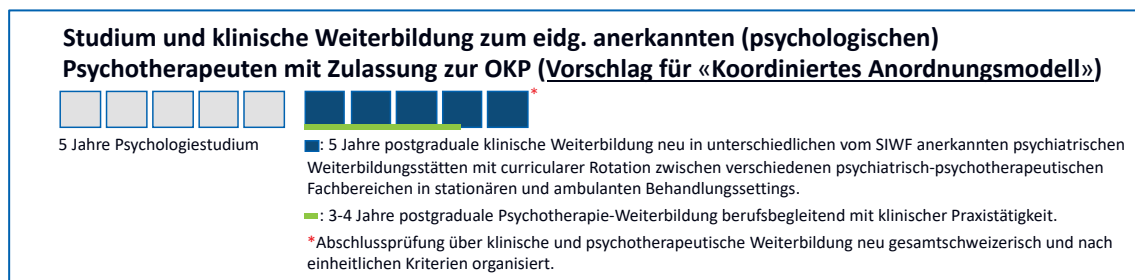


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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.

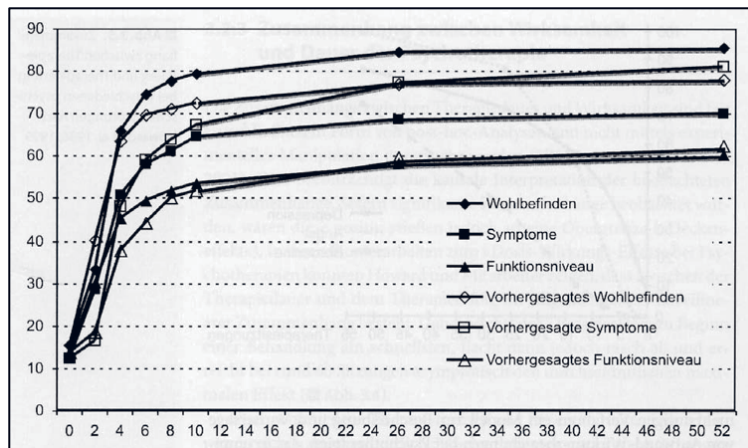


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

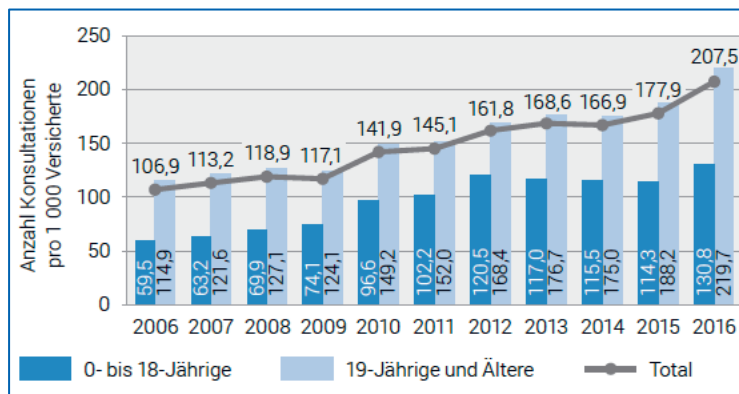


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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 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 : Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychiatrische Dienste / Solothurner Spitäler AG

Abkürzung der Firma / Organisation : KJP / soH

Adresse : Wengistrasse 17, 4500 Solothurn

Kontaktperson : Dr.med. Barbara Wendel-Widmer, Chefärztin

Telefon : +41 (32) 627 17 0

E-Mail : barbara.wendel@spital.so.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. Oktober an folgende E-Mail-Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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-Positionspapier 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	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 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.

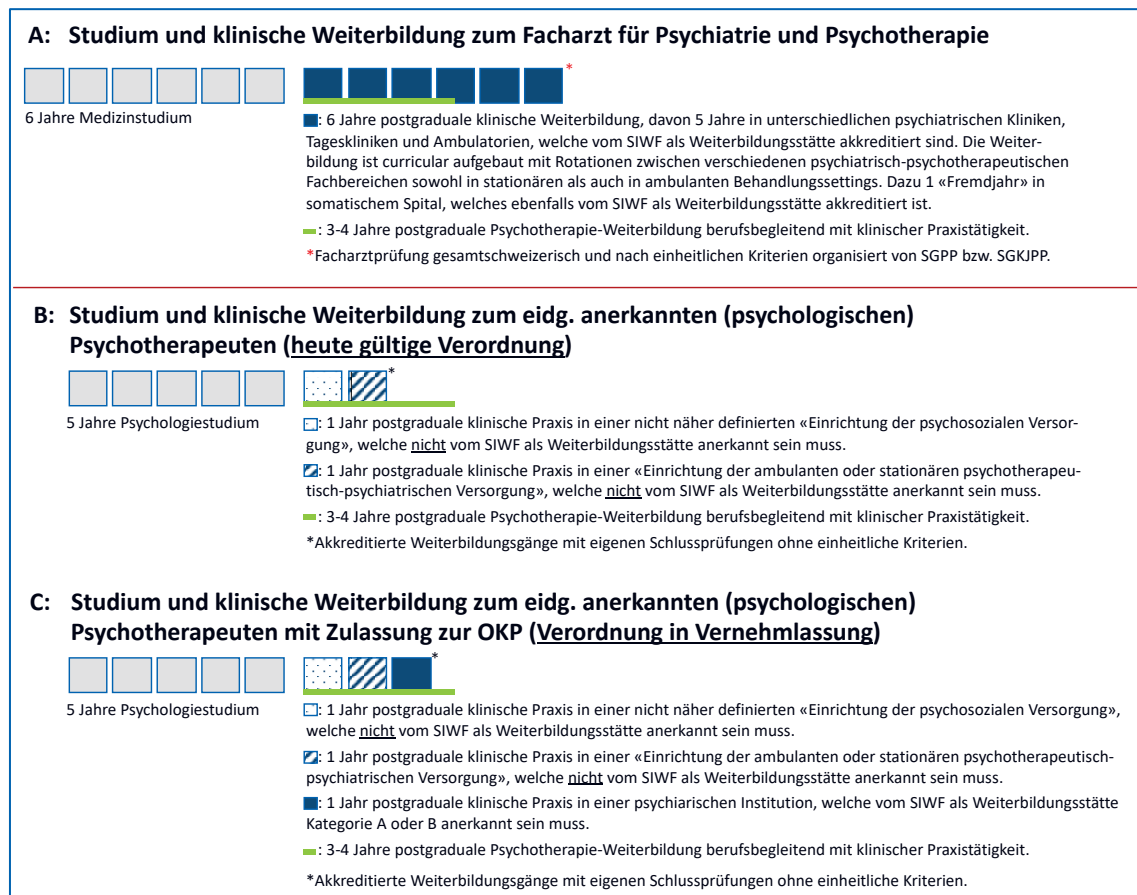


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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

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 Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle 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 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).

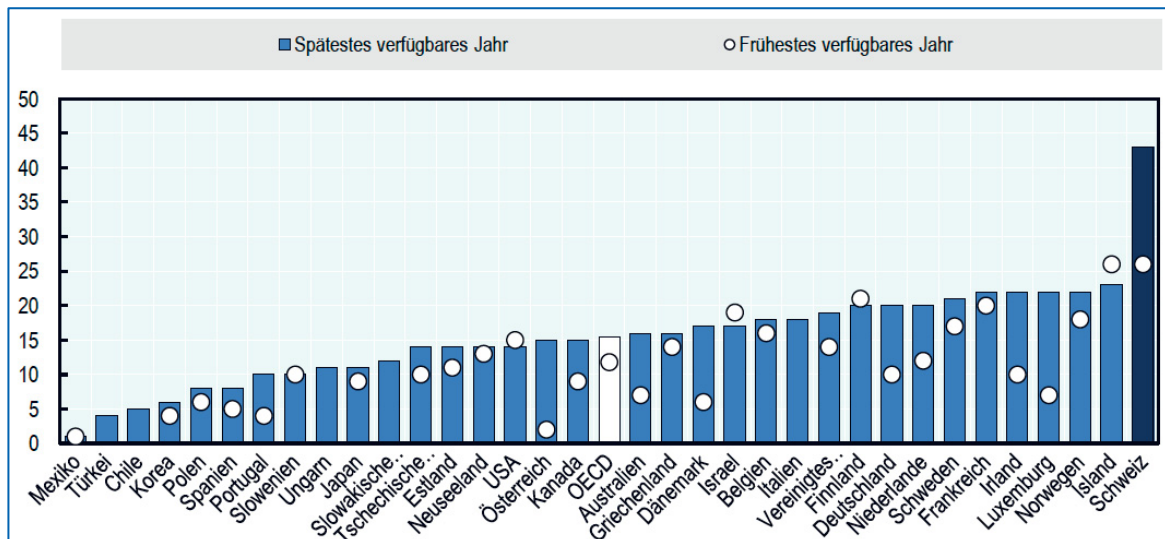


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

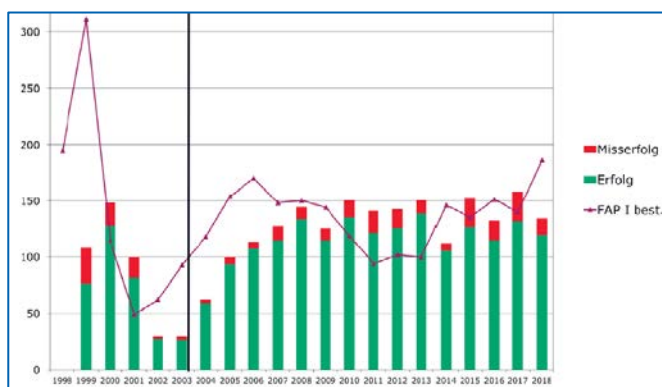


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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 Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.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.

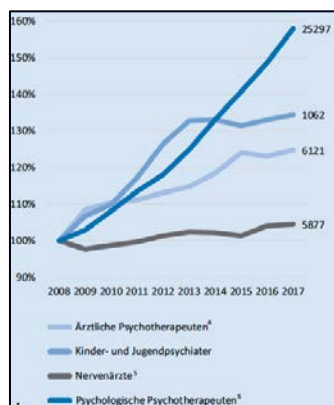


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

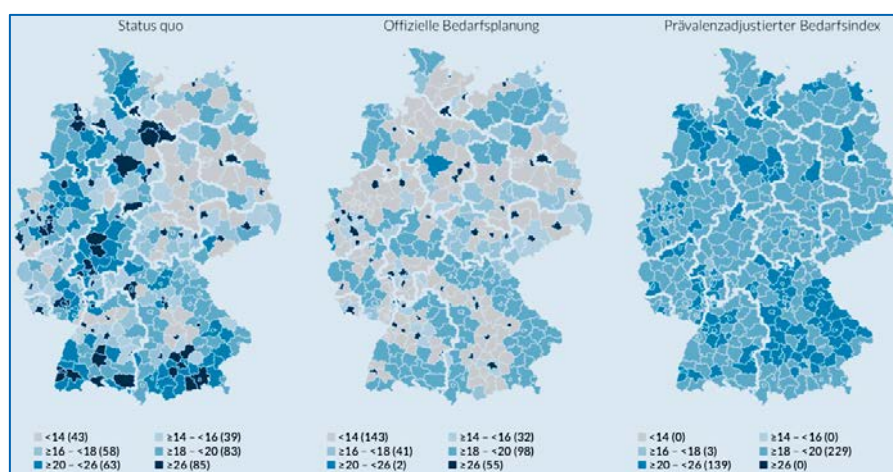


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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/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 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.

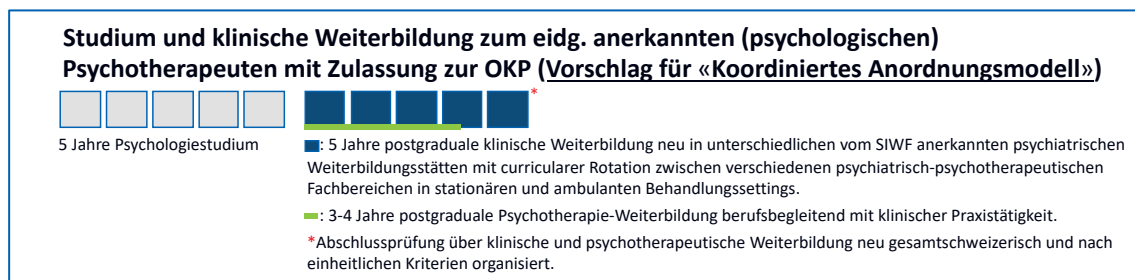


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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.

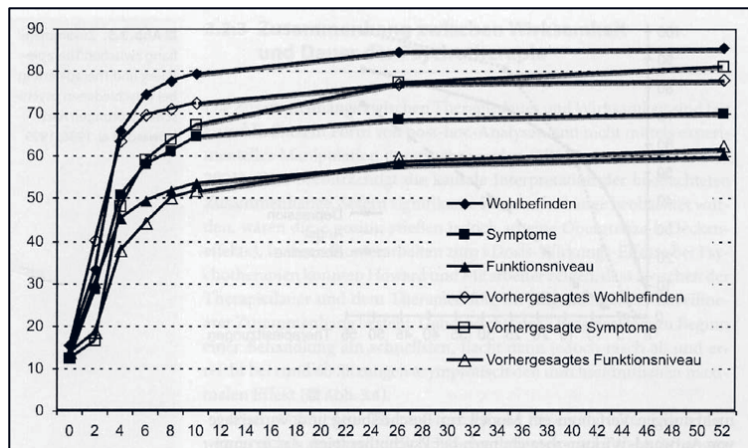


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

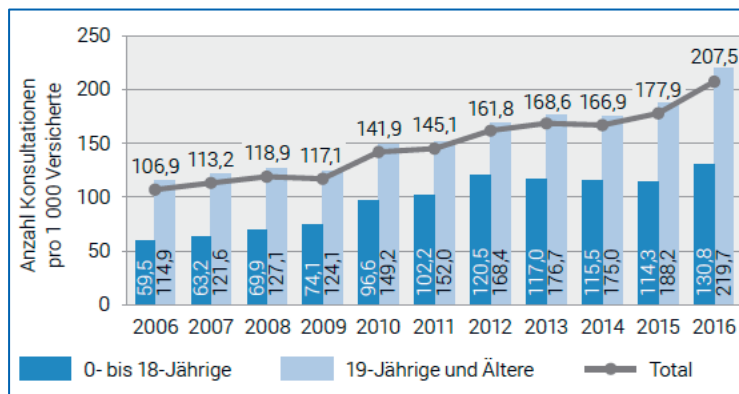


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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**

KJPZ Klinik Sonnenhof
Dr. med. Ulrich Müller-Knapp
Sonnenhofstrasse 15
9608 Ganterschwil

Per E-mail Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch

Ganterschwil, 09.10.19

**Änderung der Verordnung 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 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

Ulrich Müller-Knapp 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 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.

- Ulrich Müller-Knapp 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 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

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.

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 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 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-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 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, 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 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. 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 vernehmten 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



Dr. med. Ulrich Müller-Knapp

Sonnenhofstrasse 15

9608 Gantereschwil

(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 : KJPZ Klinik Sonnenhof

Abkürzung der Firma / Organisation : KJPZ

Adresse : Sonnenhofstrasse 15, 9608 Gantereschwil

Kontaktperson : Dr. med. Ulrich Müller-Knapp

Telefon : 0041 71 983 26 33

E-Mail : ulrich.mueller-knapp@kjpz.ch

Datum : 09.10.19

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 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

Dr. med. Klemens Menzi
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Villemattstrasse 15
CH-3007 Bern

Per E-Mail: Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Bern, 29. Sep. 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:
 - o 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».
 - o 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.

- o 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).
- o 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.
- o 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 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

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

~~*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 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, 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 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 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



Dr. med. Klemens Menzi
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

(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-Positionspapier 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	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 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.

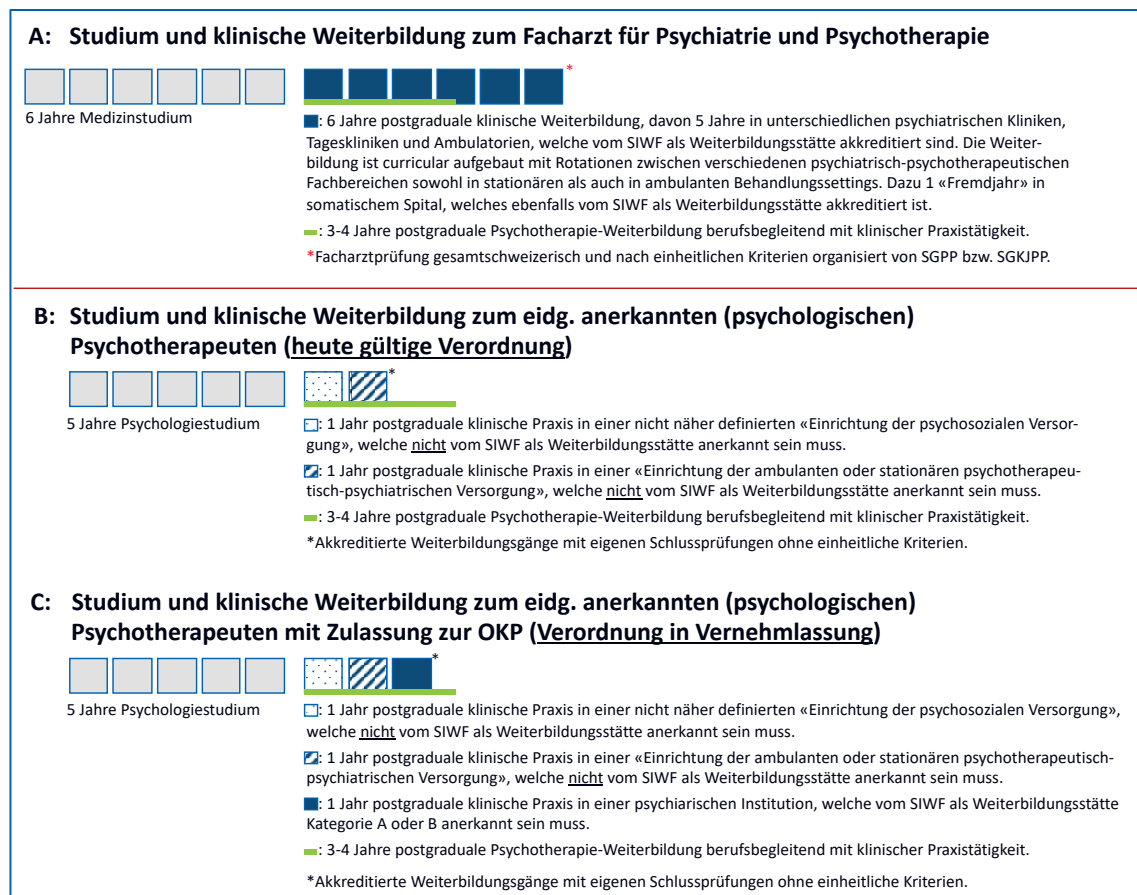


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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 Therapie-resistenz (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 Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle 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-Ärztestatistik 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).

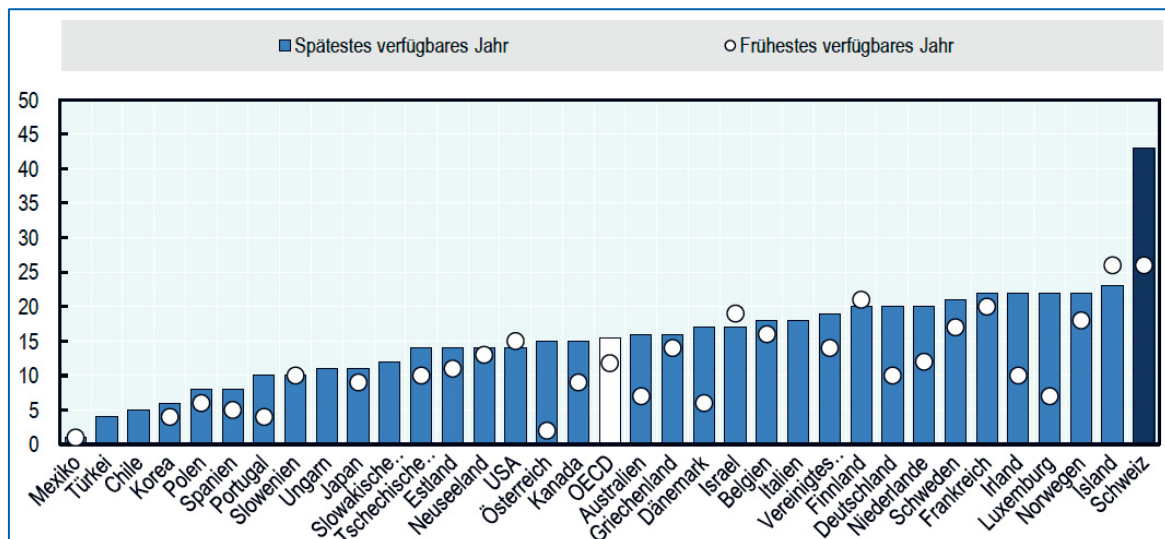


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

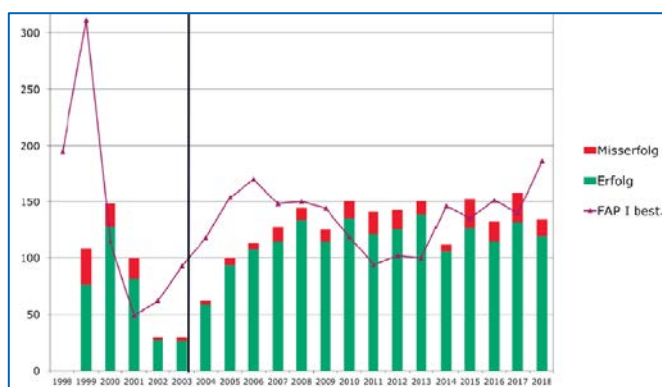


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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-Ärztestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.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.

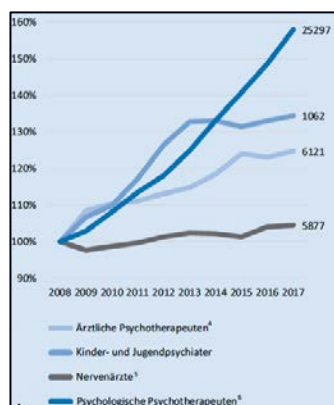


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

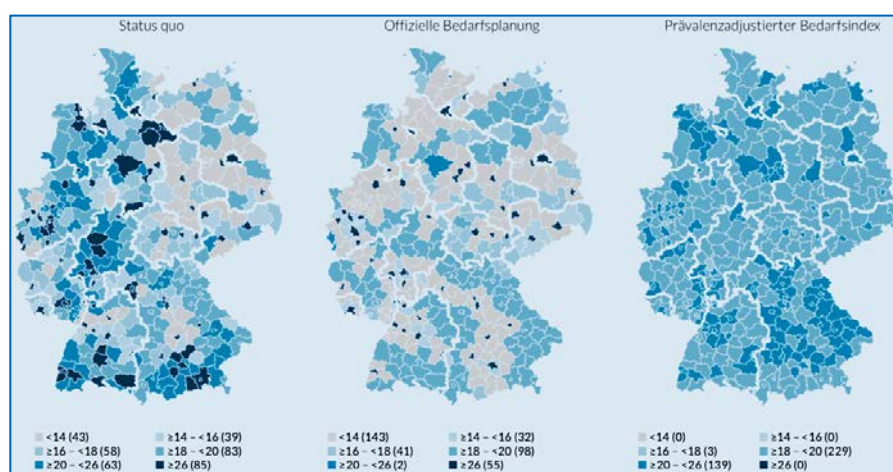


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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 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.

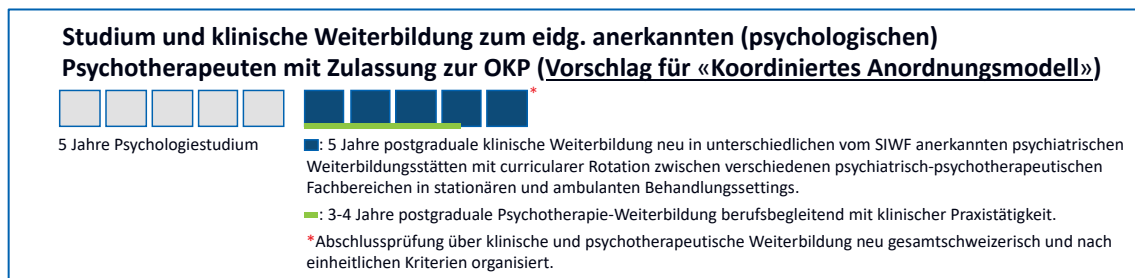


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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 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.

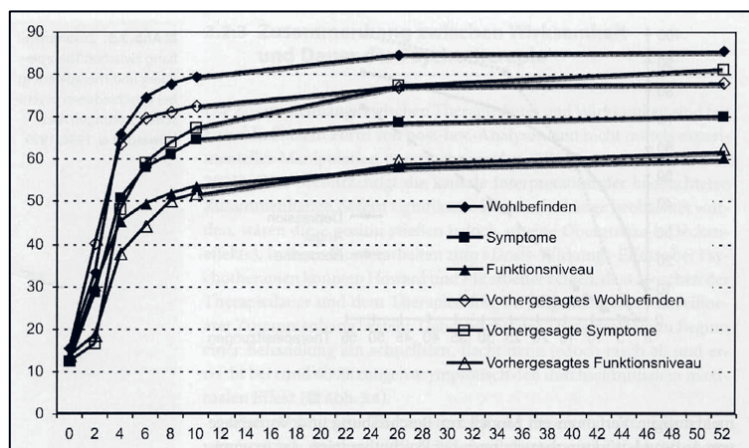


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

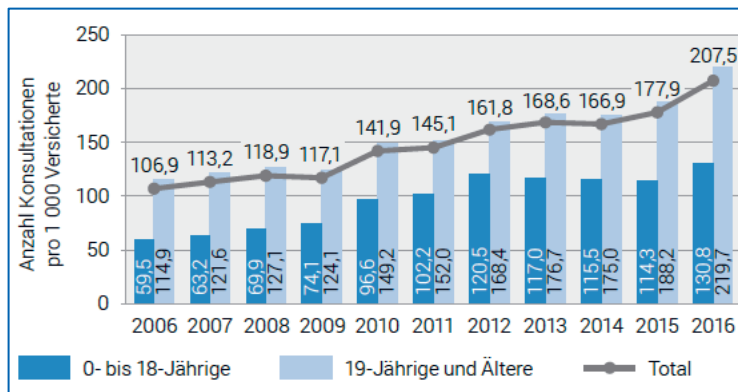


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. Klemens Menzi, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Adresse : Villemattstrasse 15, CH-3007 Bern

Telefon : +41 31 381 05 88

E-Mail : Klemens.Menzi@hin.ch

Datum : 29. Sep. 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**

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. Klemens Menzi	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 «<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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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> 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)).
Error! Reference source not found.	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

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**

	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 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). - o 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. - o 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.
--	---

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

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

	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	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 meine 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**

Error! Reference source not found.	Art.50	Abs.1	c	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> <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> 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> Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.

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

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

				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	
--	--	--	--	--	--

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

				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.	
--	--	--	--	---	--

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

				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 Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.	
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.			<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. 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	
-------------------	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. Klemens Menzi	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.
		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): <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>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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.	
--	--	---	--

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

		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	

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

		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	

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

		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	
--	--	--	--

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

		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.	
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.		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.	
Error! Reference source not found.		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»).	Siehe Annex
Error! Reference source not found.			

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG	18. Okt. 2019					TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str



Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Krankenversicherung
Abteilung Leistungen
 Schwarzenburgstrasse 157
 3003 Bern

Direktion

Beat Stierlin
 beat.stierlin@barmelweid.ch
 T 062 857 20 10

17. 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 Facharztstitel 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

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 Facharzttitel 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 abgeglichene 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.

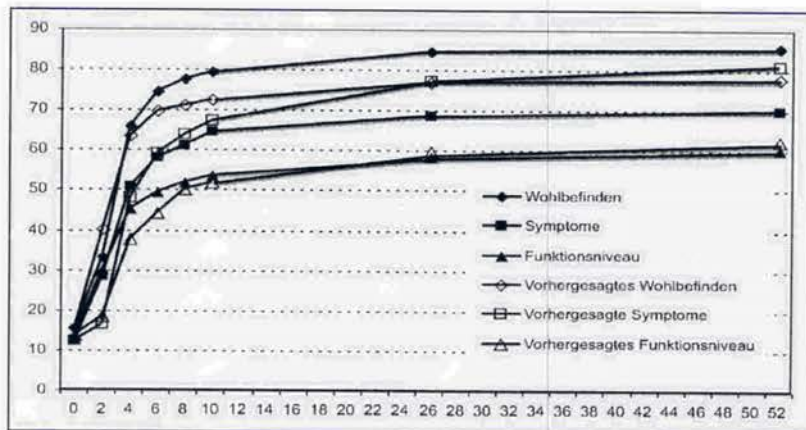


Abbildung 2: Therapiewirkung einer Psychotherapie (Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. Tübingen: dgvt-Verlag)

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 OKP 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 Bestandesaufnahme 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
Klinik Barmelweid AG



Beat Stierlin
CEO



Dr. Joram Ronel
Leiter Departement Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	08. Okt. 2019					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

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

**Dr. med. Albrecht Seiler
Klinik SGM
Weissensteinstr. 30
4900 Langenthal**

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Bern, 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.

Nach Abwägungen und Diskussionen auf unterschiedlichen Ebenen nehme ich als Chefarzt der Klinik SGM in Langenthal 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.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

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 führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

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

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.

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

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-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED

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, 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

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.

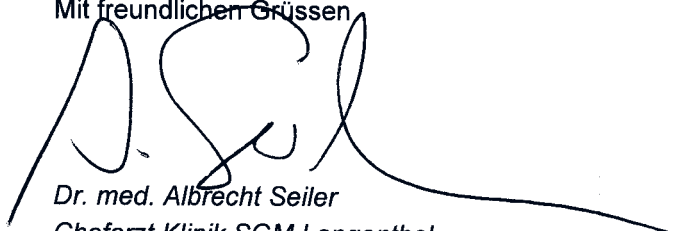
Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.

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. Albrecht Seiler
Chefarzt Klinik SGM Langenthal

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Klinik SGM Langenthal

Adresse : Weissensteinstr. 30, 4900 Langenthal

Kontaktperson : Dr. med. Albrecht Seiler

Telefon : +41 62 919 23 50

E-Mail : albrecht.seiler@klinik-sgm.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**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Dr. med. Albrecht Seiler	I. Zusammenfassung Der Vorlage kann ich in geplanter Form nicht zustimmen. 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

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

	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 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. - Mit der Vernehmlassungsantwort der SMHC stimme ich darin überein, 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
--	---

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**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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	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>	Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g- psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>
				Wir lehnen 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**

			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	

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

			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	
--	--	--	--	--

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

			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	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. Albrecht Seiler	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.
		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): <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>	

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

		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	

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

		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	
--	--	--	--

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern

Abkürzung der Firma / Organisation : KlinPsy UBERN

Adresse : Fabrikstrasse 8, 3012 Bern

Kontaktpersonen : Prof. Dr. Thomas Berger, Prof. em. Dr. phil. Franz Caspar, Prof. Dr. Martin grosse Holtforth,
Dr. Daniel Regli, Prof. Dr. Stefanie Schmidt

Telefon : 031 631 34 07

E-Mail : thomas.berger@psy.unibe.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
KlinPsy UBERN	Die Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern begrüsst den Wechsel zum Anordnungsmodell vorbehaltlos. Die Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern bedankt sich beim Bundesrat für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung in Bezug auf die Änderung der KVV (SR 832.102) und der KLV (SR 832.112.31) im Hinblick auf die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Wir begrüssen gemeinsam mit Professorinnen und Professoren der Klinischen Psychologie an anderen Schweizer Universitäten den Wechsel zum Anordnungsmodell vorbehaltlos und bedanken uns auch beim BAG und dessen Gremien für die aus unserer Sicht hervorragenden Vorarbeiten.
KlinPsy UBERN	Ausgangslage: Das Delegationsmodell ist obsolet und muss abgeschafft werden. Das Delegationsmodell beruht auf einem Bundesgerichtsentscheid (BGE 107 V 46) von 1981 und wurde explizit als Übergangsregelung bis zur gesetzlichen Regelung der Berufe der psychologischen Psychotherapeuten bezeichnet. Seit Inkrafttreten des PsyG und der Verordnung über die Psychologieberufe (PsyV ; SR 935.811) am 1.4.2013 ist deren Aus- und Weiterbildung sowie Berufsausübung auf hohem Niveau national einheitlich geregelt. Die von uns und an allen Schweizer Universitäten angebotene Ausbildung in Psychologie bzw. Klinischer Psychologie und Psychotherapie und die eidgenössisch akkreditierten Institute zur Weiterbildung in Psychotherapie (gemäss AkkredV-PsyG, Art. 2 Abs. 1 Bst. a¹) vermitteln die notwendigen Kompetenzen zur autonomen Ausübung des Berufs eines psychologischen Psychotherapeuten / einer psychologischen Psychotherapeutin vollumfänglich. Im Studium der Psychologie mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie erwerben die Studierenden umfassende und breit angelegte Grundlagen zu allgemeinen Inhalten der Psychologie (Persönlichkeits-, Kognitive Psychologie, Emotions-, Sozialpsychologie, Neuropsychologie, Neurowissenschaften, Psychopharmakologie etc.) sowie vertiefte Kenntnisse in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. Die akkreditierten Weiterbildungsinstitute vermitteln die zur autonomen Berufsausübung notwendige klinische Expertise. Diese beinhaltet neben der Kenntnis um wirksame Interventionen, die Psychodiagnostik und deren Integration in die Fallplanung (Indikation), die klinische Kompetenz bei der Durchführung und Anpassung von Behandlungsverfahren im Verlauf einer Therapie, die interpersonale Expertise, die kontinuierliche

¹ SR 935.811.1

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

	Reflexion und den Erwerb breiter therapeutischer Fertigkeiten, die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Professionen im Sinne des Patientenwohls und die Fähigkeit zur rational begründbaren klinischen Entscheidungsfindung.
KlinPsy UBERN	Der Zugang zu psychologischer Psychotherapie muss erleichtert werden. Psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen und Substanzstörungen machen in wirtschaftlich hoch entwickelten Ländern inzwischen 38% aller Krankheiten aus. Sie sind damit die häufigsten Erkrankungen überhaupt. Etwa in jeder dritten Familie ist mindestens ein Mitglied psychisch krank. Psychische Erkrankungen sind nicht nur häufig, sie erzeugen auch enormen Leidensdruck und schränken die Fähigkeiten der Menschen ein, normale Lebensbelastungen zu bewältigen, sich selbst zu versorgen, sozial integriert zu sein, und produktiv zu arbeiten. Psychische Erkrankungen sind damit auch für unsere Wirtschaft und Gesellschaft mit enormen Kosten verbunden. Es gibt Schätzungen, dass in Europa 40% der Arbeitsfehlzeiten auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind und dass die Erwerbstätigkeit in Prozent der Bevölkerung um 4% steigen könnte, wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen gleich viel arbeiten würden, wie Menschen ohne psychische Erkrankungen. Daher haben in den letzten Jahren verschiedene Länder wie Grossbritannien grosse Initiativen gestartet, um den Zugang zu psychologischer Psychotherapie zu fördern. Die Förderung der Psychotherapie steht dabei im Fokus, weil in den letzten Jahren in der Forschung deutlich gezeigt wurde, dass die Psychotherapie die WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) von allen bestehenden Behandlungsmöglichkeiten am besten erfüllt. In den 1960er Jahren und danach gab es verschiedene Durchbrüche in der Entwicklung wirksamer psychotherapeutischer Behandlungen und heute liegen Wirksamkeitsbelege für praktisch alle psychischen Erkrankungen und für ein breites Altersspektrum vor. Ein wichtiger und gut nachvollziehbarer Befund in der Wirkungsforschung ist dabei, dass psychologische Psychotherapie, welche letztlich eine Veränderung der Verhaltens- und Erlebensweisen der Patienten anstrebt, nachhaltiger wirkt als medikamentöse Therapie. So bleiben beispielsweise die meisten depressiven Patienten nach einer medikamentösen Therapie nur solange depressionsfrei, wie sie Medikamente einnehmen, während die Effekte der Psychotherapie auch nach Ende der Therapie bei vielen Patienten aufrechterhalten werden. Dieser Aspekt führt dazu, dass Psychotherapien längerfristig kosteneffektiver sind als medikamentöse Therapien. Desweiteren haben Psychotherapien auch weniger negative Nebenwirkungen als Medikamente, insbesondere auch mit Blick auf die menschliche Gehirnentwicklung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter, was eine wesentliche Begründung dafür ist, dass die meisten Patienten, die wegen psychischer Erkrankungen einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen, eine Präferenz für eine psychotherapeutische Behandlung haben. Die genannten Befunde zeigen deutlich, dass der Abbau der Zugangshürden zu psychologischer Psychotherapie letztlich auch auf gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Ebene sehr positive Effekte hat. Dies gilt insbesondere auch für Psychotherapien bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, da die meisten psychischen Erkrankungen im jungen Erwachsenenalter ihren Beginn haben.
KlinPsy UBERN	Die Einführung einer kontinuierlichen Evaluation der Therapie bei PsychologInnen und ÄrztInnen ist begrüssenswert und bei wissenschaftlicher psychologischer Psychotherapie "state of the art". Wir begrüssen diese Regelung.

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

	Bei der Etablierung der Instrumente zur Evaluation psychotherapeutischer Dienstleistungen ist auf die Zweckdienlichkeit und die Machbarkeit im klinischen Alltag zu achten. Ebenfalls ist es wichtig festzuhalten, dass das Ziel nicht ausschliesslich im «Erfolgsnachweis» auf Ebene einzelner Therapeutinnen und Therapeuten besteht, sondern insbesondere auch in der Sicherung einer hohen Qualität der Grundversorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen, bei denen eine Besserung schwer und nur langfristig zu erreichen ist (z.B. umschriebene Entwicklungsstörungen, bestimmte Persönlichkeitsstörungen) oder eine Heilung unwahrscheinlich ist (z.B. bei Autismus-Spektrum-Störung). Wichtig ist auch, dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wie heute schon in "state of the art"-Praxen von den Evaluationen im Einzelfall und für ihre Weiterbildung profitieren können, indem sie geeignetes Feedback erhalten. Die Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie wird den Umsetzungsprozess gerne mit ihren Erfahrungen im Bereich der Qualitätssicherung und ihrer wissenschaftlichen und klinischen Expertise begleiten.
--	---

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
KlinPsy UBERN	45-50b			Keine Bemerkungen	
KlinPsy UBERN	50c	1	c	Die zusätzlich geforderte Praxiszeit nach Abschluss der Psychotherapieweiterbildung ist nur für PsychotherapeutInnen, die ihre gesamte Weiterbildung im Ausland absolviert haben, sinnvoll. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ihre gesamte Weiterbildung im Ausland absolviert haben, ermöglicht das zusätzliche Praxisjahr die grundlegende, notwendige Erfahrung mit dem schweizerischen Gesundheitssystem. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ihre Weiterbildung in einem vom EDI akkreditierten Weiterbildungsgang in psychologischer Psychotherapie in der Schweiz machen, müssen bereits zwei Praxisjahre 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**

				und sind damit mit dem System und interdisziplinärer Zusammenarbeit gut vertraut. Wir sehen keine ausreichende Begründung für ein drittes Praxisjahr. Aus der Forschung ist bekannt, dass Praxis alleine keine ExpertInnen macht. Praxis zu Weiterbildungszwecken ist vor allem dann sinnvoll, wenn geeignete Lernbedingungen bestehen, d.h. wenn zum Beispiel intensives Feedback von qualifizierten SupervisorInnen gewährleistet ist. Falls das dritte Jahr eine Umgebung bieten soll, die die ersten beiden Jahre nicht bieten (auch bezüglich Interdisziplinarität), müssten aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Effizienz zuerst die Möglichkeiten der ersten beiden Praxisjahre ausgeschöpft werden. Erst wenn sich zeigt, dass die ersten beiden Praxisjahre innerhalb der Weiterbildung dazu nicht ausreichen, scheint eine Ausweitung um ein weiteres Praxisjahr inhaltlich und ökonomisch sinnvoll. Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssten mit dem dritten Jahr im internationalen Vergleich auch deutlich mehr Praxisjahre absolvieren als dies PsychotherapeutInnen in anderen Ländern leisten müssen. Dies würde an Schweizer Universitäten auch den akademischen Nachwuchs in Klinischer Psychologie und Psychotherapie auf dem internationalen «Markt» benachteiligen. Vom akademischen Nachwuchs wird im Rahmen des international anerkannten Scientist-Practitioner-Modells verlangt, neben Forschung auch eine praktische Weiterbildung zur Psychotherapeutin/ zum Psychotherapeuten zu absolvieren.	
KlinPsy UBERN	50c	2		Organisationen der psychologischen Psychotherapie müssen als Weiterbildungsstätten zugelassen 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**

				Wir beantragen, dass Organisationen der psychologischen Psychotherapie nach Art 52d, die unter psychologischer Leitung stehen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden. Im Weiteren werden in Art. 50c Abs. 2 ausschliesslich die Ziffern der stationären Einrichtungen (5.2.1 und 5.2.2) aufgeführt. Die oben aufgeführten positiven empirischen Befunde zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapie wurden in der Regel für ambulante Psychotherapien und Therapien, die durch Psychologische PsychotherapeutInnen durchgeführt wurden, gefunden. Es besteht also kein vernünftiger Grund, dass die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen, und sie müssten dort ergänzt werden.	
KlinPsy UBERN	52d			Keine Bemerkungen	
KlinPsy UBERN	Übergangsbest.	1 & 2		Keine Bemerkungen	

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)
KlinPsy UBERN	2	1		Keine Bemerkungen	
KlinPsy UBERN	3			Die Reduktion der Sitzungsdauer von 90 auf 60 Minuten ist nicht zweckdienlich.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 unflexible Einschränkung der Sitzungsdauer ist bei spezifischen Störungsbildern, Familien-/Netzwerkgesprächen und in einzelnen Behandlungsschritten nachgewiesenermassen unzweckmässig. So ist es beispielsweise "state of the art", Patienten mit Angststörungen im Verlauf der Behandlung mit angstausslösenden Situationen in der Realität zu konfrontieren. Um wirksam zu sein, dauern diese sog. Expositionen in der Regel länger als 60 Minuten. Ein Verzicht auf Expositionen würde keine leitlinienkonforme Behandlung erlauben, zu längeren Therapien und insgesamt zu höheren Kosten führen.	
KlinPsy UBERN	3b			Keine Bemerkungen	
KlinPsy UBERN	11b	1		Keine Bemerkungen	
KlinPsy UBERN	11b	2-4		Die Festlegung von maximal 15 resp. 10 Therapiesitzungen pro Anordnung ist nicht zweckmässig. Die Limitierung pro Anordnung auf 15 resp. 10 Sitzungen wird einen grossen bürokratischen Aufwand, gerade auch seitens der anordnenden Ärzte/Ärztinnen, ohne jeden therapeutischen Mehrwert verursachen und im Einzelfall wertvolle zeitliche Ressourcen vom Patienten abziehen, was die Behandlung verlängern und den Therapieerfolg verschlechtern könnte. Wir möchten zu bedenken geben, dass mit der Senkung der maximal ohne Konsultation der Versicherer durchführbaren Psychotherapiesitzungen von heute 40 auf neu 30 (für ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen) bereits eine Mengenbegrenzung stattfindet.	

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

KlinPsy UBERN	11b	5		Der Bericht nach 30 Sitzungen soll durch den fallführenden Psychotherapeuten/-in erfolgen. Aus unserer Sicht muss der Bericht nach 30 Sitzungen wegen wesentlich besserer Kenntnis der PatientInnen und der Behandlung durch den fallführenden Psychotherapeuten/die fallführende Psychotherapeutin erfolgen und nicht vom anordnenden Arzt/der anordnenden Ärztin.	
KlinPsy UBERN	Übergangsbestimmungen			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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Konstantin Müller

Adresse : Neustadtgasse 5, 8001 Zürich

Telefon : +41 044 252 52 50

E-Mail : k.mueller@hin.ch

Datum : 29. 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!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. Homayon Reinhardt Chaudhry	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 «<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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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> 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)).
Error! Reference source not found.	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,

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**

	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 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). - o 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. - o 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**

Error! Reference source not found.	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: 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**

	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	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 meine 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**

Error! Reference source not found.	Art.50	Abs.1	c	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> 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> 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	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.

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

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

				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	
--	--	--	--	--	--

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

			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	
--	--	--	---	--

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

				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.	
Error! Reference source not found.				II <i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</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	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**

			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.	

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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.	
--	--	---	--

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

		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	

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

		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 blossse 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	

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

		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	
--	--	--	--

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.		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.	
Error! Reference source not found.		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»).	Siehe Annex
Error! Reference source not found.			

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

Dr. med. Konstantin Müller

Neustadtgasse 5

CH-8001 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 allfällige 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:
 - o 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».
 - o 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 Verordnungsänderungen 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.

- o 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).
- o 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.
- o 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

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, 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 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.*

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 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 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, 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 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



Dr. med. Konstantin Müller

(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-Positionspapier 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	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 Psychotherapeuten	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.

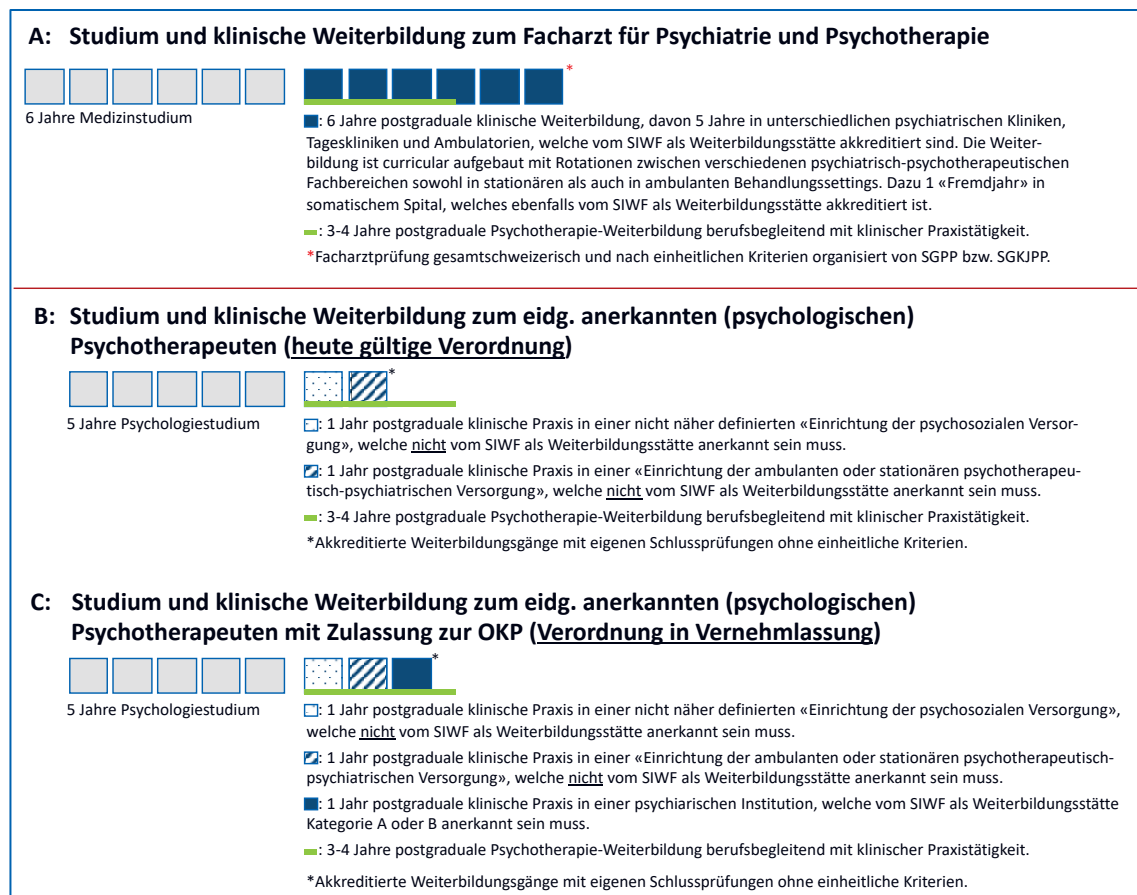


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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 Therapie-resistenz (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-Ärztestatistik 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).

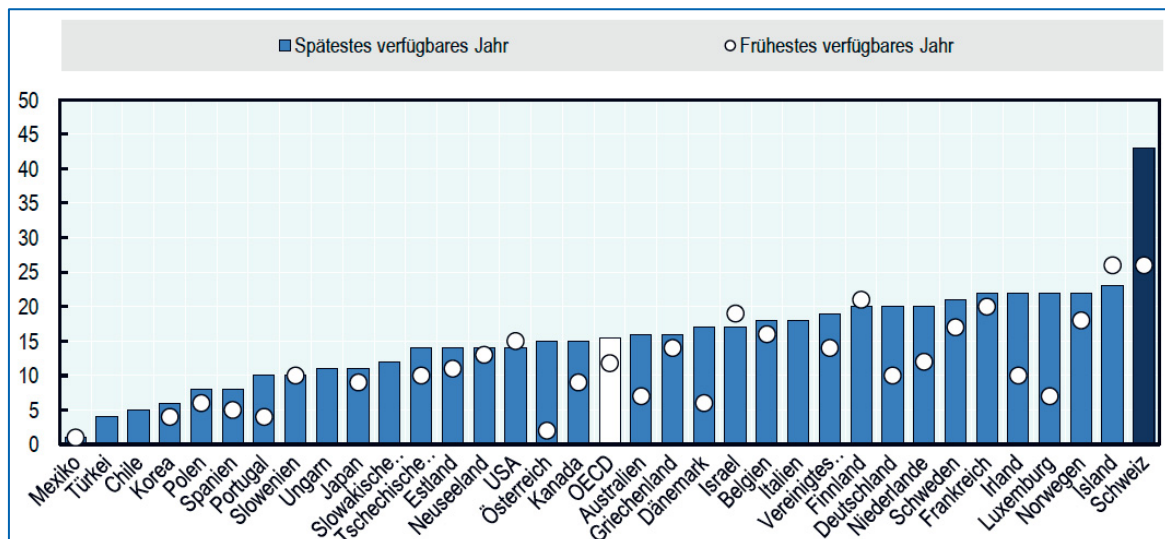


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

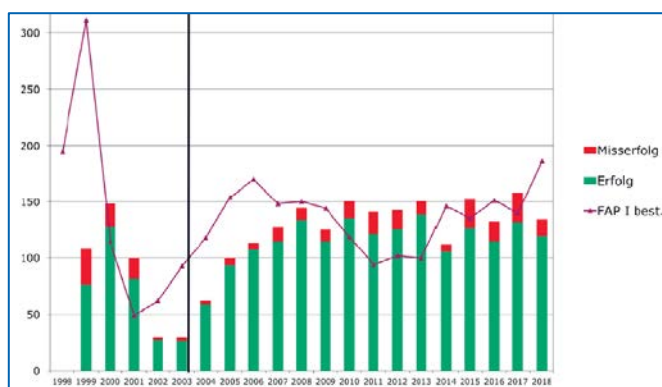


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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-Ärztestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.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.

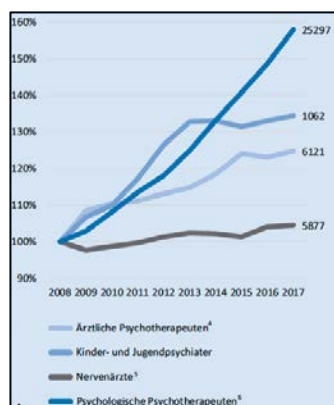


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

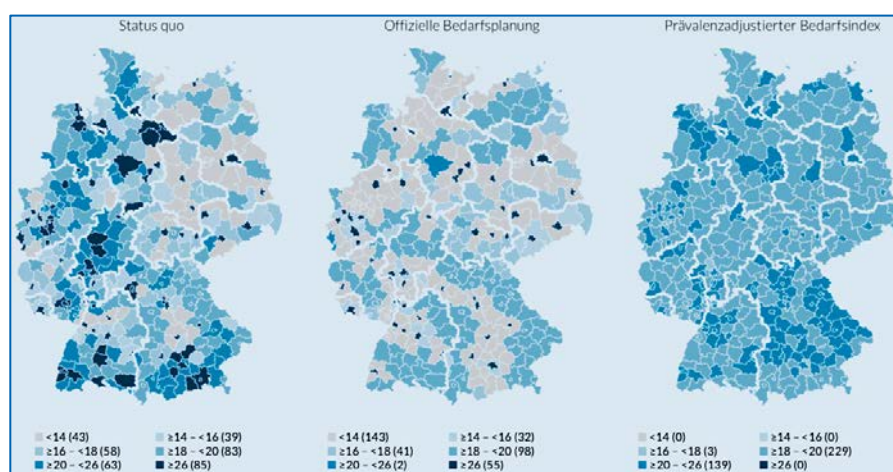


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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 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.

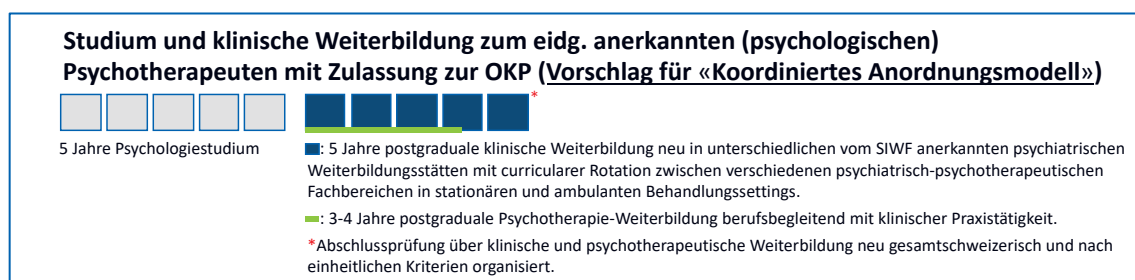


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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.

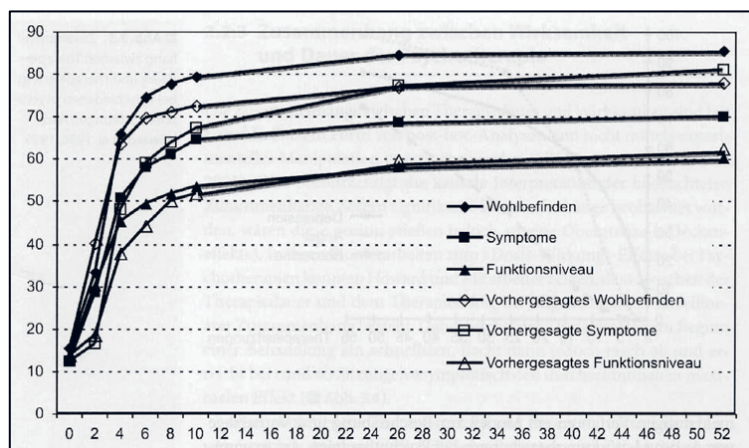


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

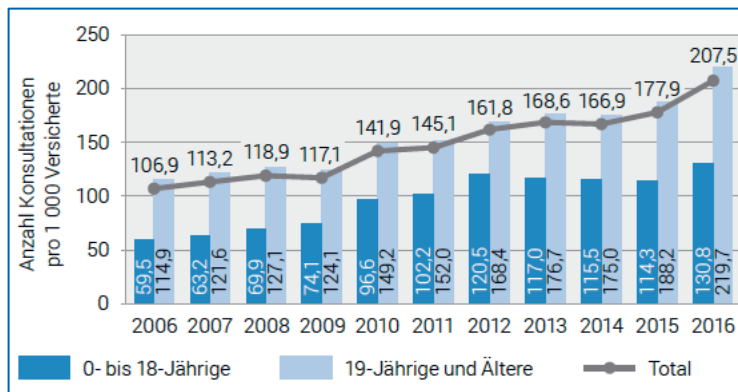


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. Liliane Bernstein Kradolfer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Birsigstrasse 10 CH-4054 Basel

Kontaktperson : Dr.med. Liliane Bernstein Kradolfer

Telefon : 061 28113 43

E-Mail : l.bernstein@hin.ch

Datum : 31. August 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
LBK	Im Internet auf der Seite des BAG aufgeschalteten Text vom 26.06.2019 zur Vernehmlassung der Änderung des KLV werden die beiden folgenden Punkte hervorgestrichen, zu denen ich gerne Stellung beziehen möchte. <u>Weniger Engpässe</u> Es wird behauptet, dass durch das Anordnungsmodell „Versorgungsengpässe 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“. <u>Stellungnahme:</u> 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. (siehe meine Anmerkungen unten) 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. Dies wird zu einer Verschlechterung der psychiatrischen Versorgung führen, da unzureichend fachlich qualifizierte Personen die Erstversorgung übernehmen werden und nicht mehr zwingend ein fachlich qualifizierter Psychiater eingebunden muss. Um Chronifizierung und Langzeittherapie vorzubeugen, braucht es also nicht einfach mehr Leute, sondern Personen 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**

	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 der Suizidalität von Patienten. Dabei ist zu betonen, dass sich nicht nur eindeutig psychisch kranke Menschen das Leben nehmen, sondern 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, braucht es die langjährige Ausbildung in einer bio-psycho-sozialen Institution. Besonders bedenklich ist, dass speziell vulnerable Personengruppen genannt werden, nämlich Kinder und Jugendliche und Menschen in Krisen. Diese beiden Gruppen sind besonders abhängig, einerseits wegen der Not, andererseits wegen ihres jungen Alters. Sie bedürfen einer fachlich besonders gut qualifizierten Behandlungsperson. Diese Anforderungen werden mit den gegenwärtig vorhandenen und weiterhin vorgeschlagenen Weiterbildungsbedingungen für psychotherapeutisch tätige Psychologen und die für die Anordnung vorgesehenen somatischen Ärzte (weiterhin) nicht erfüllt werden. <u>Zu den Massnahmen gegen ungerechtfertigte Mengenausweitungen</u> Die vorgeschlagenen Massnahmen der Kostenkontrolle werden keine Mengenausweitung verhindern, sondern mehr Kosten und administrativen Aufwand verursachen und auch mehr Unruhe in den Therapien bringen, die dadurch wiederum verlängert werden <u>Zu den vorgesehenen Änderungen in der Kostenübernahme der ärztlichen Psychotherapie</u> Es wird vorgesehen nicht mehr nach 40, sondern schon nach 30 Sitzungen, 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. (siehe meine 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**

	unten.)

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)
	3			Es ist nicht einzusehen, weshalb Bestimmungen, die sich für die Ärzte während der letzten Jahre bewährt haben zu ändern. Es bringt nur mehr Kosten und mehr administrativen Aufwand.	Beibehaltung des aktuellen Vorgehens mit regelmässigen Kostengutsprachen bei Bedarf, initial nach 40 Sitzungen für die Ärzte
	11	b		Mit dem aktuell vorgeschlagenen Weiterbildungsmodell sind psychotherapeutische Psychologen nicht genügend ausgebildet um Krisenintervention anzubieten, Suizidalität adäquat einzuschätzen und auch nicht um Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen zu behandeln Dieser Mangel in der Weiterbildung kann nicht durch häufigere Berichte an den Versicherer kompensiert werden. 10 Wochen ohne fachkundige Behandlung ist viel zu lange und bedeutet eine viel zu lange Leidenszeit und führt innert Kürze zu einer Chronifizierung. Wenn eine Krankschreibung nötig ist, entstehen zudem hohe volkswirtschaftliche Kosten. Wenn Psychologen schon selbständig abrechnen können sollen, sollten sie auch in der Lage sein, den Bericht zur Fortsetzung der Therapie selber zu verfassen.	Psychotherapeutische Psychologen brauchen eine ausreichende klinische Ausbildung in einer psychiatrischen Klinik, dabei lernen sie auch selber Diagnosen zu stellen und medizinische Berichte zu schreiben. Eine psychosoziale Institution, oder die Tätigkeit in der Privatpraxis reicht dafür nicht aus. Ausbildung der psychotherapeutischen Psychologen: Aktuell wird ausschliesslich ein Jahr klinische Tätigkeit in einer psychosozialen Institution verlangt. Es braucht mindestens 3 besser 4Jahre stationäre und ambulante klinischen Tätigkeit in einer psychiatrischen Institution (Mindestens 1 Jahr in einer staatlichen Klinik mit Aufnahmewang) Der Antrag mit Bericht erfolgt durch den behandelnden Psychotherapeuten oder 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**

					behandelnde Psychotherapeutin.

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.

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 Krankenpflege-versicherung» 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 gut .
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern . 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:
 - o 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».
 - o Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, 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.

o 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).

o 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.

o 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 benötigen. 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.

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 scheinen .

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 wird.

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 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 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 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)

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 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 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 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 unseren 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. Christoph Krause

(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-Positionspapier 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	<i>Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen</i>	<i>5</i>
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>	<i>8</i>
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>	<i>11</i>
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>	<i>15</i>
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>	<i>18</i>
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>	<i>19</i>
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.

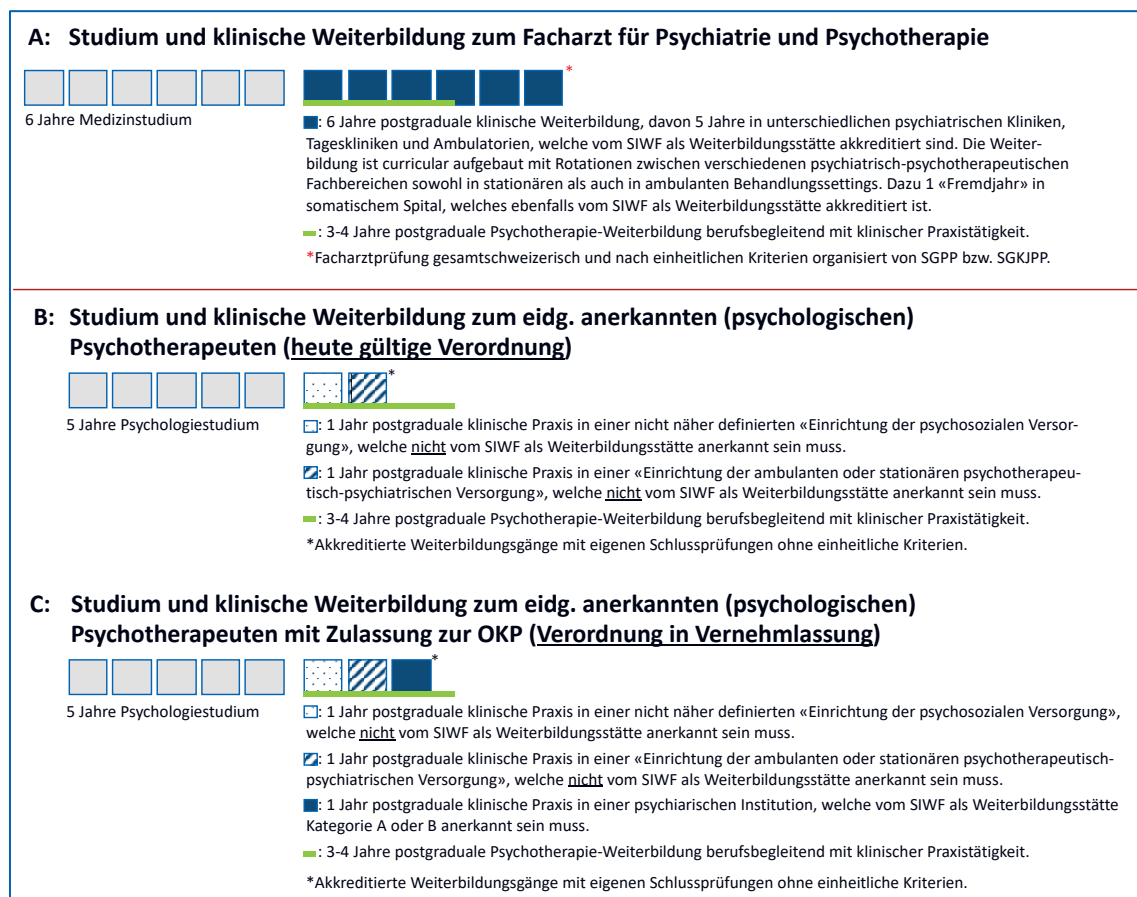


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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 Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle 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 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).

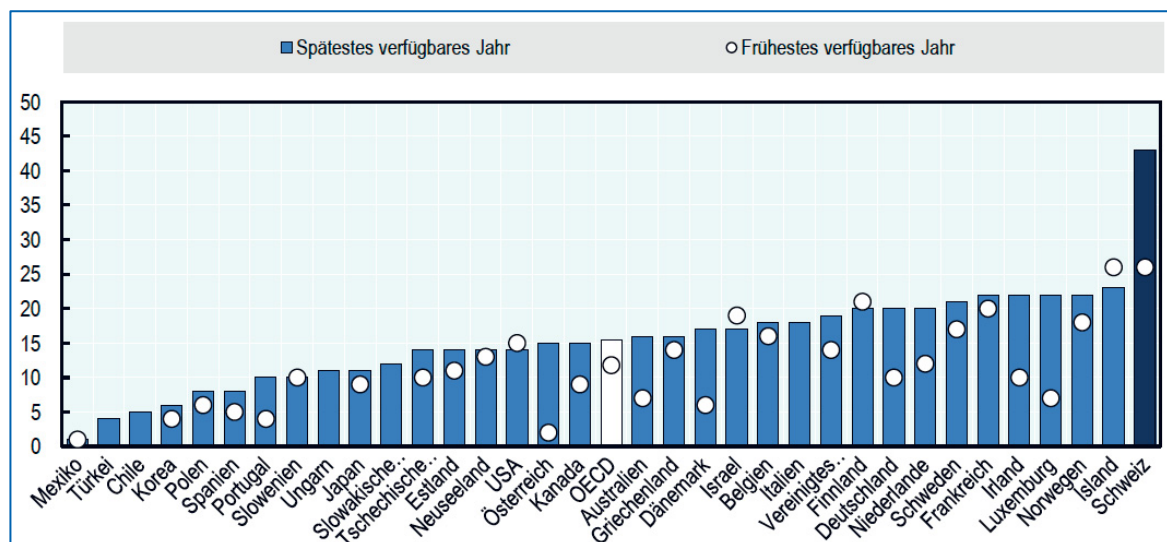


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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 Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.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.

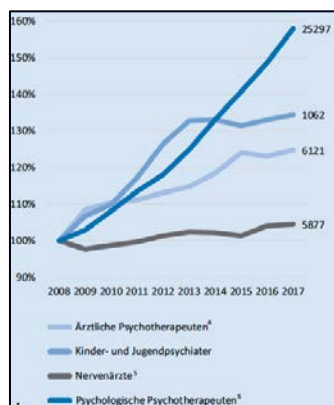


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

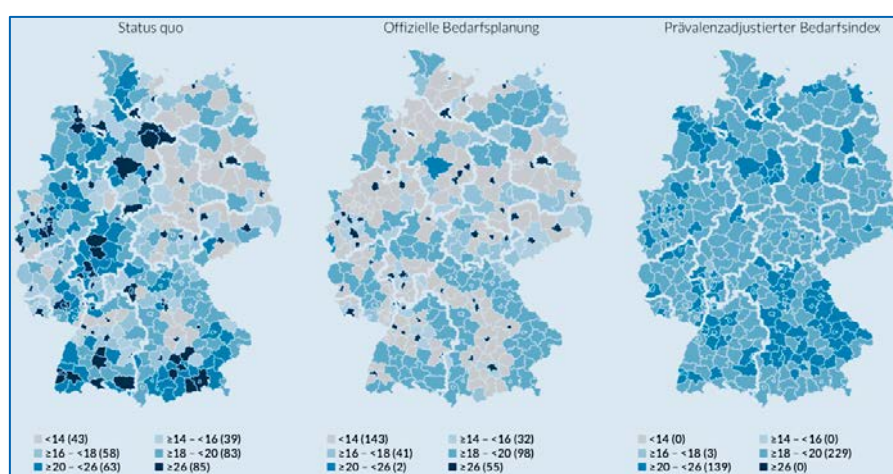


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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/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 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.

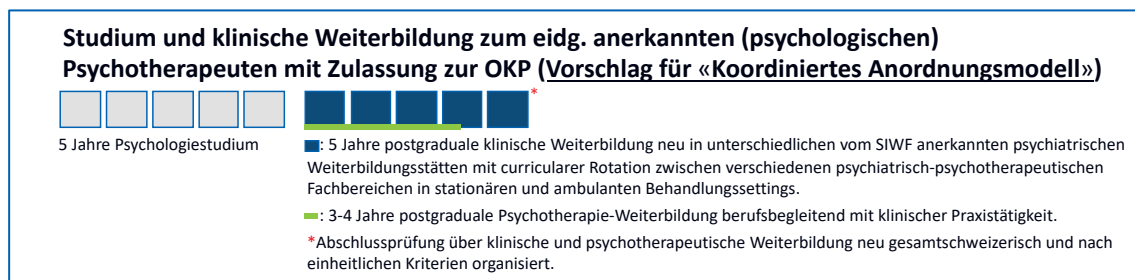


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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.

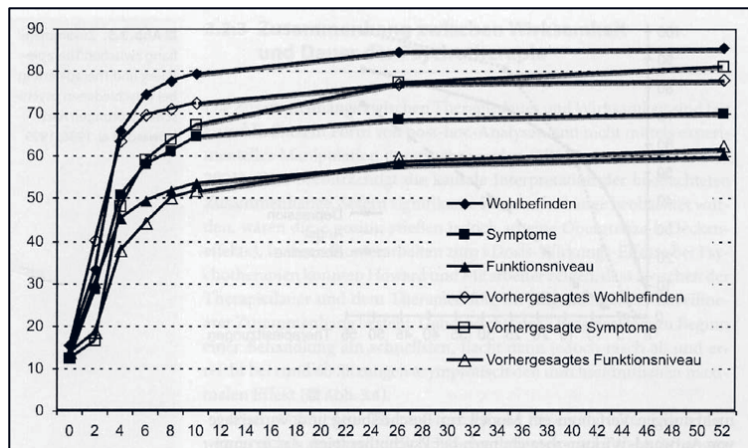


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

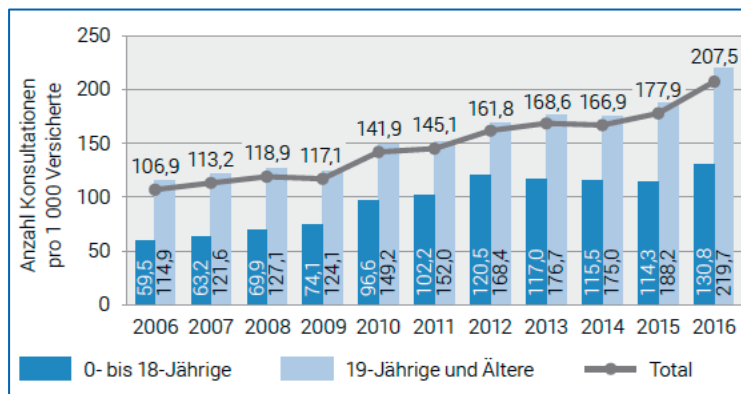


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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 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.

Stellungnahme von:

LoBs GmbH

Laufenstrasse 90

4053 Basel

Ansprechperson: Leonie Vogt

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Kranken- und Unfall-
versicherung

Abteilung Leistungen Krankenversicherung

Schwarzenburgstrasse 157

3003 Bern

Schweiz

Basel, 25.09.2019

Stellungnahme zum Vernehmlassungsverfahren: Neuregelung der psychologischen Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir haben mit grosser Freude die Eröffnung der Vernehmlassung über die Einführung des Anordnungsmodells zur Kenntnis genommen.

LoBs GmbH steht als Anbieter von u.a. sozialpädagogischen Familienbegleitungen täglich in Kontakt mit Familien (meist mit Vorhandensein einer psychischen Auffälligkeit mindestens eines Familienmitglieds). Wir sehen in unserer täglichen Arbeit, welche Folgen eine Unter- und Fehlversorgung in der Grundversorgung mit sich bringt – und wo Chronifizierungen und Verschiebungen entstehen; insbesondere bei Eltern, und ihren Auswirkungen auf die Kinder (es handelt sich selten um Ein-Kind-Familien – und Kinder sind besonders vulnerabel, wenn sie in psychisch instabilen Verhältnissen aufwachsen). Hier sehen wir durch die Einführung des Anordnungsmodells und einer bedarfsorientierten Grundversorgung grosse Chancen für die psychische Volksgesundheit der Schweiz.

Den inhaltlichen Wortlaut der Stellungnahmen, welche a) durch die von der Universität Zürich und Fribourg angebotenen MAS in Kognitiver Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche, sowie b) durch die Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP eingereicht wurden, unterstützen wir vollumfänglich.

Gerne nehmen aber auch wir Stellung mit Argumenten, welche aus unserer Sicht **für** eine Einführung des Anordnungsmodells sprechen:

Aus- und Weiterbildung von PsychotherapeutInnen: FachspezialistInnen mit BAG-Standards

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind nach mehrjährigem Studium der Psychologie und der anschliessenden, mehrjährigen berufsbegleitenden Weiterbildung in der praktischen therapeutischen

Arbeit Fachspezialisten der Psychologie und der Psychotherapie. Die fundierte und umfassende Ausbildung, beinhaltet (mindestens) 5 Jahre Studium und (mindestens) 4 Jahren postgraduale Psychotherapieweiterbildung – erst dann darf der eidgenössisch anerkannte und nach BAG-Standards festgelegte Titel zum/zur Psychotherapeuten/-in geführt werden.

Das Anordnungsmodell unterstützt daher eine Profession mit fundiertem Fachwissen und vertieften Fertigkeiten. Der Fokus psychologischer Psychotherapeuten liegt seit dem Beginn des Studiums auf der menschlichen Psyche und deren Erkrankungen. Die Tatsache, dass darüber jahrelange Studiengänge inhaltlich gefüllt werden können, trägt der Komplexität und der Vielseitigkeit der Profession Rechnung.

Alle angehenden psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen setzen sich aufgrund der Vorgaben bereits während dem Studium intensiv mit der Psychopathologie (= den «Erkrankungen der Psyche»), der Diagnosestellung und der Therapieindikation (d.h. auch deren Effizienz und Wirksamkeit in Abhängigkeit vom jeweiligen Störungsbild) auseinander. Somit ist die Diagnose- und Therapie-Indikationsstellung ein wesentlicher Bestandteil einer langjährigen professionellen Ausbildung der Psychologen und damit der Tätigkeit psychologischer Psychotherapeuten. Fundiertes Wissen zu Störungsbildern der menschlichen Psyche und Fähigkeiten zur Psychodiagnostik werden bereits im Grundstudium der Psychologie gesammelt und im weiteren Verlauf der Aus- und Weiterbildung stetig weiter vertieft und ausgebaut. Die verwendeten Klassifikationssysteme verschiedener Störungsbilder (DSM-5 und ICD-10) und die damit verbundenen Diagnostikverfahren basieren dabei auf denselben Grundlagen wie die der ärztlichen/psychiatrischen Ausbildung und vereinfachen die interdisziplinäre Ko-Integration und erlauben die effiziente Nutzung von Synergien.

Kostenargument I: Psychotherapie ist Medikation oftmals überlegen

Auf Universitätsebene sind in der Psychotherapieforschung die psychologischen Fakultäten führend und konnten zeigen, dass durch die psychologische Psychotherapie bei bestimmten Störungsbildern nachweislich die gleiche Wirksamkeit wie für medikamentöse Behandlungen erreicht wird. Bei Depressionen oder Angststörungen, aber auch bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen wie Essstörungen oder der Borderline-Persönlichkeitsstörung übertreffen sie die Wirkung medikamentöser Behandlungen sogar. Dies rechtfertigt aus unserer Sicht die Relevanz der psychologischen Psychotherapie und ermöglicht ein evidenzbasiertes, effizientes Behandlungsangebot für Betroffene. Gerade bei Störungsbildern, welche volkswirtschaftlich (Arbeitsausfälle, Sozialversicherungen, steigende Krankenkassenprämien, etc.) hohe Kosten verursachen, lohnt sich eine möglichst frühe und effektive Intervention, um Chronifizierungen vorzubeugen.

Kostenargument II: Gravierende Unterversorgung begünstigt Chronifizierungen

Eine Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit im Jahre 2016 (Stocker et al. 2016, Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz) zeigt, dass in der Schweiz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung von einer gravierenden Unterversorgung ausgegangen werden muss. Besonders schwer trifft es den Kinder- und Jugendbereich. Das aktuelle Delegationsmodell nimmt dabei eine zentrale Rolle ein. Da die Grundversicherung die psychologische Psychotherapie nicht übernimmt, können sich die meisten Familien nicht leisten und müssen in

psychiatrischen Institutionen bzw. psychiatrischen Praxen teils monatelang auf einen Therapieplatz warten. Das führt dazu, dass gerade jene Bevölkerungsschichten von der Unterversorgung besonders stark betroffen sind, bei denen der Handlungsbedarf am grössten wäre. Zudem könnten viele psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter behandelt werden, bevor eine Chronifizierung oder Ausweitung der Symptomatik stattfindet. All dies führt aus unserer Sicht mittel- bis längerfristig zu einer systemischen Kostensenkung, statt der vielfach befürchteten Kostenausweitung.

Kostenargument III: Erwartung, dass (isolierte) Kostenausweitung zu (systemischer) Kostensenkung führt

Das Argument der (isoliert betrachteten) Kostenausweitung der Krankenkassenprämien durch die Einführung des Anordnungsmodells ist aus unserer Sicht kurzsichtig, und für eine validere Berechnung der Kostenfolgen genauer zu betrachten:

Es ist wahrscheinlich richtig, dass durch das Anordnungsmodell die Krankenkassenbeiträge für Psychotherapie von einer Kostensteigerung betroffen sein werden. Dieser «Milchbüchleinrechnung» müssen aber mit einer gesamtsystemischen Berechnung auch Kosteneinsparungen gegenübergestellt werden: So sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache von Arbeitsausfällen und Frührenten, was nicht nur Folgen für die Betroffenen selbst hat, sondern auch hohe volkswirtschaftliche Kosten mit sich zieht (Arbeitsausfälle am Arbeitsplatz, Anstieg an IV-Kosten, Frührenten, Sozialhilfe, etc. und mit den gleichen Kostenfolgen: Vererbung/Weitergabe durch Prädisposition und Sozialisierung eigener Kinder (= Verschiebung auf transgenerationaler Ebene), sowie Mitleidenschaft Angehöriger, etc.).

Wir erlauben uns, etwas salopp zu formulieren: Man kann der Hydra durchaus einen Kopf abschlagen, möchte man die Kosten senken – jedoch lohnt es sich unseres Erachtens, Kostentreiber bei der Wurzel zu packen. Fakt ist: Man kann das Auftreten psychischer Erkrankungen nicht durch Nicht-Behandlung senken. Daher lohnt es sich, dort zu investieren, wo durch eine bedarfsorientierte, qualitativ hochstehende und effiziente Behandlung bewirkt wird, dass keine weiteren «Hydra-Köpfe» entstehen.

Wird die Auswahl der Therapiemethode nicht nach Bedarf, sondern von finanziellen Möglichkeiten gesteuert, erhalten Betroffene (selbst nach dem – oft schwierig zu treffenden – Beschluss der Betroffenen, dass Hilfe in Anspruch genommen wird) oftmals nicht die tatsächlich wirksame Behandlung. Das Anordnungsmodell kann der aktuellen Unterversorgung entgegenwirken und psychische Erkrankungen könnten schneller behandelt werden, bevor es durch mangelnde Behandlung zu Chronifizierungen und damit zu Mehrkosten kommt.

Auch im Anordnungsmodell muss ein Arzt die psychologische Psychotherapie verschreiben und über den Therapieverlauf Rechenschaft abgelegt werden. Einer Mengenausweitung an Psychotherapien im Sinne von „Seelenmassagen ohne klinische Indikation«, wird damit klar entgegengewirkt.

Kostenargument IV: Ausbildung wird von allen Steuerzahlern mitgetragen – Zugang jedoch nicht allen gewährt

Aus ethischer und steuerrechtlicher Sicht darf zudem nicht vergessen werden, dass alle Steuerzahler, (auch einkommensschwächere Bevölkerungsschichten) die universitäre Ausbildung von Psychologen und Psychotherapeutinnen mitfinanzieren, und jährlich einen finanziellen Anteil an die Ausbildung von Fachpersonen leisten. Sind diese Fachpersonen dann ausgebildet, stehen ihre Dienste insbesondere der einkommensschwächeren Bevölkerungsschicht aktuell nicht zur Verfügung, weil sie sich die psychologische Psychotherapie nicht leisten können. Das ist aus unserer Sicht ein Missstand, der nicht zu rechtfertigen ist. Das Anordnungsmodell würde das aktuell selektive (da von finanziellen Möglichkeiten abhängigen) Behandlungsangebot durch ein für alle Bevölkerungsschichten zugängliches Behandlungsangebot ermöglichen und damit Klassenunterschiede in der Gesundheitsversorgung verhindern.

Die Einführung des Anordnungsmodells ist aus unserer Sicht überfällig und unabdingbar, um die psychotherapeutische Versorgungssituation auf einem hohen Qualitätsniveau zu sichern und damit die psychische Volksgesundheit in der Schweiz zu verbessern.

In der Hoffnung, dass dieser Überfälligkeit nun Rechnung getragen wird und das Anordnungsmodell eingeführt wird, verfolgen wir den Diskurs mit grossem Interesse – und stehen bei allfälligen Fragen oder Unklarheiten bezüglich der vorliegenden Stellungnahme jederzeit gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

LoBs GmbH

Ansprechperson:
Leonie Vogt, Geschäftsführerin
Laufenstrasse 90
4053 Basel
vogt@lobs.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. Jean-Christian Loeliger

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Alemannengasse 88, 4058 Basel

Kontaktperson : Dr. Loeliger

Telefon : 061 681 39 89

E-Mail : christian.loeliger@hin.ch

Datum : 16.9.19

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**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	DIE 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	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	...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 (Aufnahmewang mit breitem Krankheitsspektrum).

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

				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 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	
--	--	--	--	--	--

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

			haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten (vgl. auch Bemerkung weiter unten Art. 2, Abs. 1, Bst. b) KVV) 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. <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. 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</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**

			<i>Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenzwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</i> <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> <i>Die unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</i>	
			Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2: 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. Die erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der	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**

				psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. 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.	

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
	2, Abs. 1, Bst. B)	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 vom Krankheitsbild, 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, 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	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**

		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 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. 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	
--	--	--	--

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

		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? Somit würde letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird. <i>FORDERUNG: Die fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</i>	
	Art. 3	Kostenübernahme 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. 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). Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen	BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES 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.

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

		Aufwandes einher, ohne erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. –zahler. FORDERUNG: <i>Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i> Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60' 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. FORDERUNG: <i>Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</i>	
	Art. 11b, Bst. A.	Wer kann anordnen? Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche	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

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

		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. FORDERUNG: Die <i>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> FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die <i>die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</i>	Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin; Alternativ: 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».
	Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5	Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen «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» Wie kann die Ärztin, der Arzt objektiv urteilen ohne Einbezug in 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**

		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
		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! FORDERUNG: Die SGPP und die SGKJPP sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.	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!
		Übergangsbestimmung zur Änderung vom... 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.	Übergangsbestimmung zur Änderung vom... Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).
		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	

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Löwenpraxis

Adresse : Zürichstrasse 9

Kontaktperson : Dr. med. Oliver Hausmann

Telefon : +41 41 418 70 40

E-Mail : oliver.hausmann@loewenpraxis.ch

Datum : 20. September 2019

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit 01. Okt. 2019					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

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
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Loewenpraxis	I. Zusammenfassung De Löwenpraxis 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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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> 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)).
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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

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**

	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 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 Loewenpraxis 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-
--	---

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**

	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 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,
--	--

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

	Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen. Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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

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

	(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).
--	---

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	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>	Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>
				Wir lehnen 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**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art.50	Abs.1	c	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> 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> Wir lehnen 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> Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.

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

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

			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	
--	--	--	--	--

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

			einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitle 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	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 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 Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.				II <i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum)</i>	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**

			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	

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

				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
Loewenpraxis	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.
		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): <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>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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.	
--	--	--	--

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

		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	

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

		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	

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

		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	
--	--	--	--

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

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

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

Loewenpraxis

Dr.med.Oliver Hausmann
Zürichstrasse 9

6004 Luzern

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Bern, 20. 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 Loewenpraxis 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 Loewenpraxis 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 Loewenpraxis 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 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.

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 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.*

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 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, 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 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 vernehmten 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. Oliver Hausmann

(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 (WVB) 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
SGKJP	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	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 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.

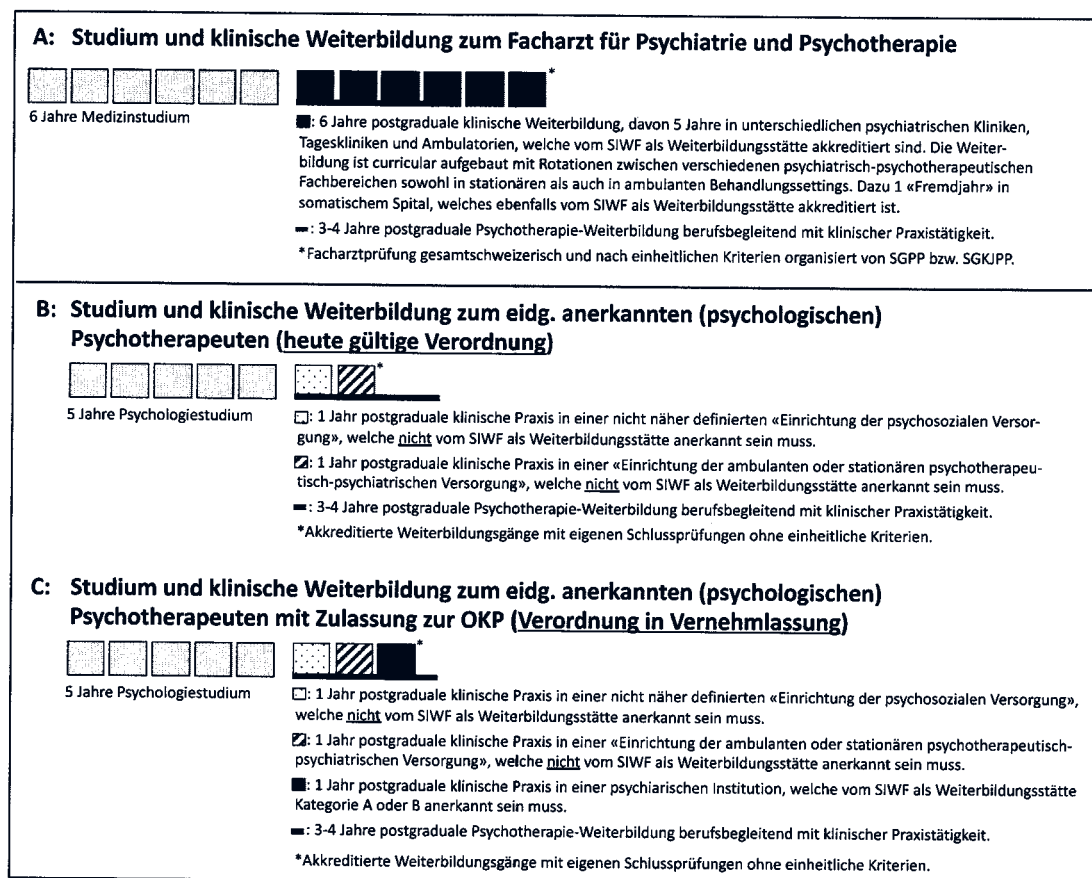


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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 Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle 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 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).

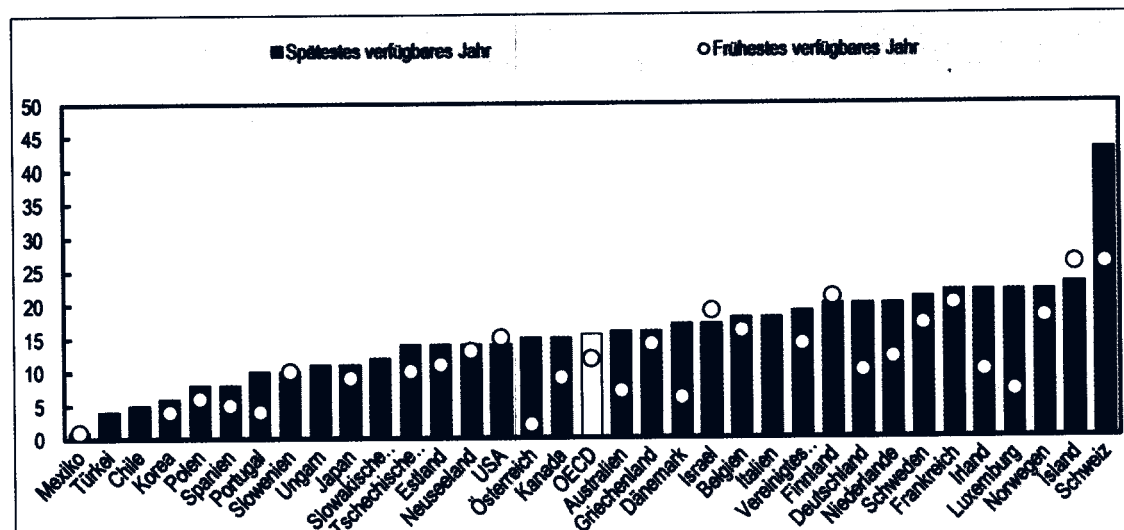


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

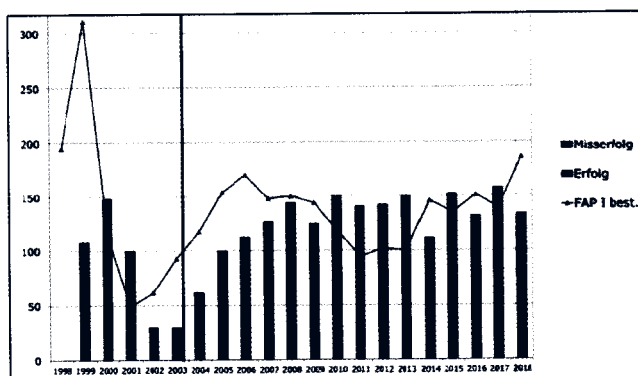


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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-Ärztestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.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 Tarfsystembedingte 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 Tarfsystem 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.

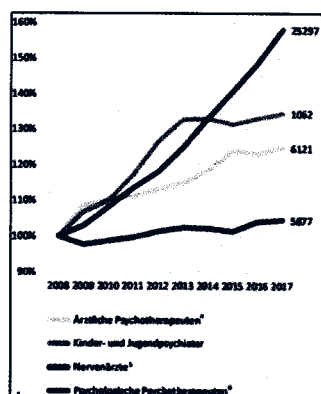


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. *Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

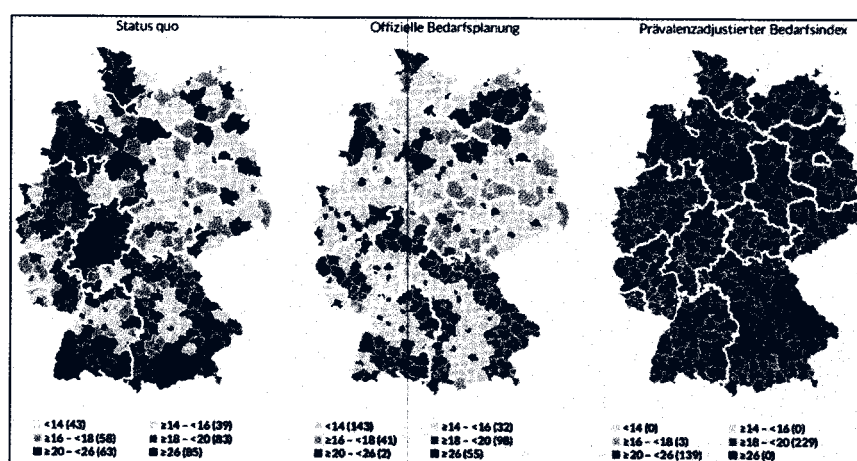


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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.

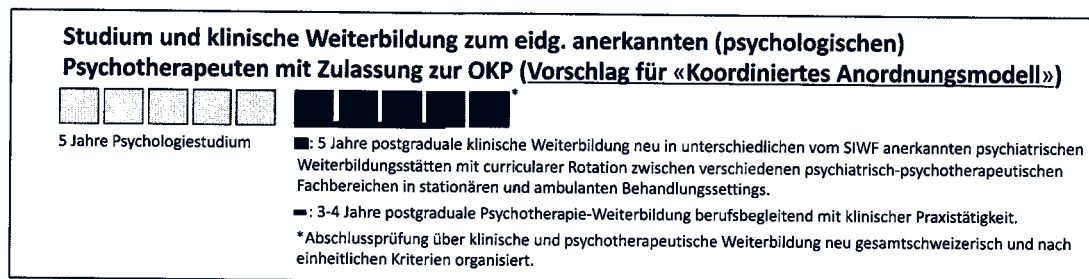


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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.

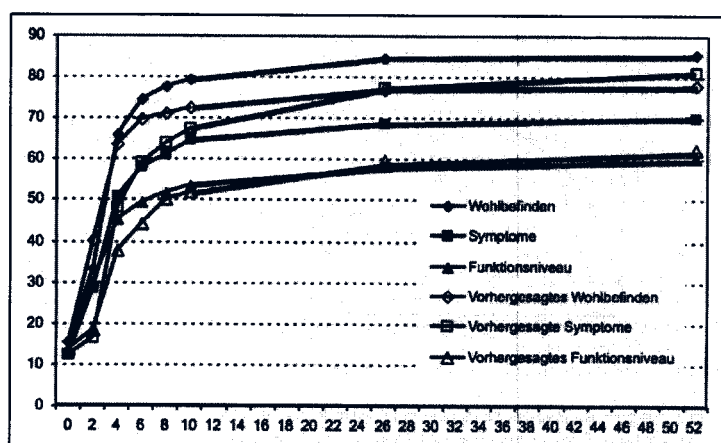


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

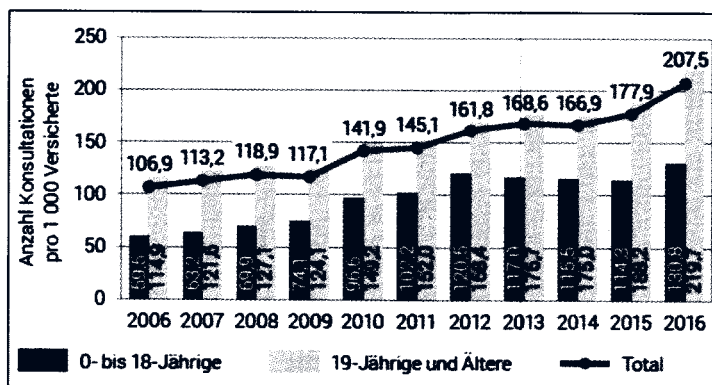


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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

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 Versorgungsverschlechterung 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 Psychologieleberegengesetz-(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 TARMEG geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMEG-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 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 abgestimmten 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 «**Vermeldung 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 Fehlvorsorgung 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. 1. 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 Bagatel- 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 könnte. 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

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 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 zulassen Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

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

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 Psychologieberufgesetzes 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 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 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 Nachfolge-tarifen) 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

Swiss Mental Healthcare, Altenbergstrasse 29, CH-3000 Bern 8
Telefon +41 31 313 88 49, Fax +41 31 313 88 99
www.swissmentalhealthcare.ch
welcome@swissmentalhealthcare.ch

SwissMentalHealthcare

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 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 leichter 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 Medizinem 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

Swiss Mental Healthcare, Altenbergstrasse 29, CH-3000 Bern 8
Telefon +41 31 313 88 49, Fax +41 31 313 88 99
www.swissmentalhealthcare.ch
welcome@swissmentalhealthcare.ch

SwissMentalHealthcare

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. J. Unger
Vertreter 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 : Praxis Welti GmbH

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Spalenberg 62

Kontaktperson : M. Welti

Telefon : 061 261 44 08

E-Mail : praxiswelti1@gmx.net

Datum : 07.09.2019

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**

Bemerkung/Anregung
Allgemeine Bemerkungen: Ein den Vernehmlassungsentwurf begründendes übergeordnetes Ziel erschliesst sich nicht: Das mögliche Ziel einer Kostenreduktion im Gesundheitswesen (die Psychotherapiezeitkürzung weist auf eine solche Zielsetzung hin) würde durch die geplante neue Ausweitung der Leistungserbringer (psychologische Psychotherapeuten) zu Lasten der Grundversicherung völlig unterlaufen. Die erheblichen Mehrkosten sind m. E. nicht zu rechtfertigen, denn – hier das erste Argument- Therapieplätze sind im jetzigen System durchaus und zeitnah verfügbar, wie z:B eine Sicht auf die Suchseiten doc24.ch zeigt, die ständig freie Therapieplätze, auch in der obligat. Grundversicherung, aerztlich oder aerztlich delegiert) ausweisen. Der verfügte Eingriff ist bezüglich aller Versorger, auch der Institutionen, wie die SGPP in ihrer Stellungnahme beschreibt, mit einer massiven Veränderung und für ärztliche Psychotherapeuten mit einer erheblichen Verschlechterung verbunden. Das bisherige, bedarfsorientiert gewachsene, gut funktionierende und die Versorgung abdeckende ambulante psychiatrisch- psychotherapeutische System wird damit ohne jede vorherige Rücksprache und Abstimmung, somit ohne erkennbare Anerkennung der komplexen Zusammenspiele entwertet und willkürlich reglementiert.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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)
Praxis Welti GmbH/ M. Welti	Einleitung	4		„Die Möglichkeit der delegierten psychologischen Psychotherapie durch Psychotherapeuten entfällt, weil mit dem Anordnungsmodell die psychologische Psychotherapie umfassend geregelt wird“	Textaenderungsvorschlag: „Die ärztlich delegierte Psychotherapie besteht in der jetzigen Form weiter fort.“ Begründung: Die ärztlich delegierte Psychotherapie ist eine langjährig bewährtes und fundiertes Behandlungskonzept und versorgt die Patienten optimal, was viele Rückmeldungen belegen. Die Kommunikationswege sind kurz und effizient, die Aufgabenteilung klar und verbindlich, was kein Anordnungssystem wird leisten können. Sollte das Anordnungsmodell eingeführt werden, ist der delegierten Psychotherapie weiter und unbefristet parallel der bisherige Stellenwert einzuräumen.
Praxis Welti GmbH/ M. Welti	2 und 3			ÄNDERUNG DER BEDINGUNGEN DER ÄRZTLICHEN PSYCHOTHERAPIE KLV ART. 2&3 OHNE RÜCKSPRACHE MIT DER FMPP	Antrag: Kein Textvorschlag: Die Artikel sind in der jetzigen Form zu streichen. Siehe hierzu Argumentation der Fachgruppe SGPP Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft
Praxis Welti	3	3		„Neuaufnahme einer Vorgabe zur Durchführung einer Einstiegs-	Antrag: Kein Textvorschlag

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

GmbH/ M. Welti				Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten“	Dieser Passus soll ersatzlos gestrichen werden. Begründung: 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.
Praxis Welti GmbH/ M. Welti	3	Vor Aus stzg		„ Antrag an Versicherer zur Weiterführung der psychologischen Psychotherapie nach 30 Sitzungen erfolgt durch den anordnenden Arzt“	Antrag zur Aenderung: Textvorschlag: „Ein Kostengutsprache gesuch für die ärztliche und psychologische Psychotherapie nach KVG ist nach 40 Sitzungen einzuholen.“ Begründung: 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

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

					Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher.
Praxis Welti GmbH/ M. Welti	3	Vor Aus stzg		„Pro aerztliche Anordnung sind max. 15 Sitzungen möglich: Die psychologische Psychotherapeutin erstattet zum Ablauf von 15 Sitzungen .....neue ärztliche Anordnung erforderlich“	Antrag: Textvorschlag: Die maximale Sitzungsdauer einer ärztlichen Psychotherapiesitzung sind 75, die einer psychologischen 90 Minuten. Begründung: 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
Praxis Welti GmbH/ M. Welti	3	Vor Aus stzg		„Anordnung durch einen Arzt oder eine Aerztin mit dem eidegnössischen Weiterbildungstitel in.....und psychosoziale Medizin (SAPPM).	Textvorschlag: „Nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) können psychologische 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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Marcel Aebi, Praxis für Gutachten und Therapie

Abkürzung der Firma / Organisation : AEBI

Adresse : Theaterstrasse 10, 8001 Zürich

Kontaktperson : PD. Dr. Marcel Aebi (Ansprechperson)

Telefon : +41 43 556 40 40

E-Mail : marcel.aebi@uzh.ch

Datum : 06.10.2019

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
AEBI	PD Dr. Marcel Aebi (AEBI) 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. AEBI begrüsst die Abschaffung des Delegationsmodells und die Anerkennung der postgradualen Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben (auf der Grundlage des bereits bestehenden PsyG, welches 2013 gesetzlich verankert wurde).
AEBI	Punkte der Vorlage, welche AEBI klar stützt: • Die ECAP 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. Durch die Wahlmöglichkeiten der Patienten eine ärztliche Psychotherapie oder eine psychologische Psychotherapie in Anspruch zu nehmen und den damit entstehenden Wettbewerb wird die Patientenversorgung verbessert. • Vollumfänglich einverstanden ist AEBI mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten Ärzte. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der Patienten verbessert.
AEBI	Punkte der Vorlage, welche AEBI ablehnt und deren Anpassung sie fordert: • AEBI 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. • AEBI lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • AEBI 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.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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)
AEBI	50c	1	a & b	Die Voraussetzungen zur Zulassung an den eidgenössischen definierten Weiterbildungstitel für Psychotherapie (gemäss PsyG) und die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu binden ist sinnvoll und zweckmässig.	
AEBI	50c	1	c	AEBI unterstützt die die Notwendigkeit der klinischen Praxis in einem interprofessionellen Team. Die Notwendigkeit einer 12-monatigen Weiterbildung nach Abschluss der Weiterbildung zum eidg. anerkannten Fachtitel für Psychotherapie stellt jedoch eine zu hohe Anforderung dar. Für AEBI ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst nach Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat und nicht während der Weiterbildung erfolgen kann. Zwingend sollten die klinische Praxis auch unter Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie FMH erfolgen können. Anpassung: 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.	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 Kinder- und Jugendpsychiatrie.
AEBI	50c	2		AEBI ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen	

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

				klinischen Jahrs einverstanden.	
AEBI	Übergangs- bestimmung	1 & 2		AEBI begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeuten und beurteilt diese als angemessen.	

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
AEBI	2 Abs.1a & b	AEBI begrüsst die Voraussetzungen der wissenschaftlich belegten Wirksamkeit der Therapiemethode sowie die Notwendigkeit einer Einstiegs- Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Die Einstiegs- Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik macht aber aus Sicht von AEBI nur dann Sinn, wenn die Sitzungsbegrenzung auf 40 Sitzungen festgelegt wird. Eine fundierte Psychodiagnostik ist die Grundlage für eine erfolgsversprechende Psychotherapie und kann je nach Komplexität der Problematik bei Kindern und Jugendlichen bis zu sieben Sitzungen beanspruchen.	
AEBI	3	AEBI ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen sind angemessen und haben sich bewährt. Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). Die Einschränkung auf 60 Minuten für Einzelsitzungen ist bei Therapien im Bereich von Verhaltensproblemen bei Kindern und Jugendlichen nicht immer zweckmässig. Komplexe Störungsbilder benötigen eine höhere Sitzungsdauer. Die zeitlichen Regelungen sollten nicht in der Verordnung sondern im Rahmen der Tarifverträge mit den Krankenkassen erfolgen.	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.
AEBI	3b (Sachüberschrift und Abs. 1 Einleitungs-	Siehe Begründung zur Art. 3.	Sachüberschrift : Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen

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

	Satz		Abs. 1 Einleitungs-Satz : Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]
AEBI	11b Abs.2	Aus Sicht von AEBI ist die Begrenzung auf 15 Sitzungen nicht angemessen. Die Begrenzung und die vorzeitige Berichterstattung führt zu einem Mehraufwand an Administration und höheren Kosten. 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. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Antrag auf Streichung: 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.
AEBI	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.
AEBI	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.
AEBI	11b Abs.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

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

			Antrag erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin, der Bericht erfolgt durch den Psychotherapeuten oder die 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 : Marie-Thérèse Unternährer, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie

Adresse : Hauptstrasse 55, 4127 Birsfelden

Kontaktperson :

Telefon : 061 312 01 13

E-Mail : marietherese.unternaehrer@hin.ch

Datum : 9.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!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Verordnung löst die erwähnten Probleme in keiner Art und Weise:
Error! Reference source not found.	- Menschen in Krisen- und Notfallsituationen werden nicht von psychologischen Psychotherapeuten aufgefangen. In solchen Situationen sind oft auch Medikamente notwendig, die nicht durch den psychotherapeutischen Psychologen abgegeben/verordnet werden können. Häufig ist auch der Hausarzt dazu nicht in der Lage, da sie nicht das Wissen der Psychiater haben.
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	Die Verordnung wird mit wesentlichen Mehrkosten verbunden sein: - Es sind mehr Anbieter auf dem Markt - Die Verordnung wird zu einem administrativen Mehraufwand führen (obligatorische Einstiegs- Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik u.a.) - Die Verordnung die Diagnostik mit validierten Instrumenten durchzuführen führt zu einem massiven administrativen Mehraufwand. - Psychologische Therapeuten behandeln heute vieles was nicht als Krankheit, sondern als Befindlichkeitsstörung einzustufen ist. Es ist anzunehmen, dass diese, bisher selber bezahlte Behandlungen nun neu ebenfalls über die Grundversicherung abgerechnet 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**

Error! Reference source not found.	Die Verordnung wird fachlichen Begebenheiten zum Teil nicht gerecht: - Eine Zeitbegrenzung von 60 Min. pro Sitzung bei Einzeltherapien ist aus fachlichen Überlegungen ungünstig. - Diverse Methoden (z.B. Traumatherapie, Systemische Therapie benötigen oft mehr als 60 Minuten pro Sitzung
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.

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

Dr.med.Marijke Dickson

FMH Psychiatrie und Psychotherapie

Praxis am Falkenplatz, Sprechstunde für Psychoonkologie

Falkenplatz 9, 3012 Bern

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

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

Dr.med.M.Dickson 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

Dr.med. M.Dickson 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:
 - o 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».
 - o 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 Verordnungsänderungen 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.

- o **Dr.med. M.Dickson 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 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).
- o 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.
- o 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

von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

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

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, 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).

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

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 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 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, 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 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 vernehmten 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. M. Dickson, FMH Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

**Clenia Littenheid AG
Dr. med. Mark Ebnetter
Hauptstrasse 130
9573 Littenheid**

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Littenheid, 27. 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 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

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 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

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».

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 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

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».

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»

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.

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

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).

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**.

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:

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

- 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.

- 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.

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 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, 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 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 vernehmten 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. Mark Ebnetter
Chefarzt
Zentrum für Erwachsenenpsychiatrie Akut

(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. Mark Ebnetter

Abkürzung der Firma / Organisation : -

Adresse : Clenia Littenheid AG, Hauptstrasse 130, 9573 Littenheid

Kontaktperson : Dr. med. Mark Ebnetter

Telefon : +41 (71) 929 63 14

E-Mail : mark.ebnetter@clenia.ch

Datum : 27. 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
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

**Swiss Mental Health Care 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, 05. 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 Psychologieberufegesetz-(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 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».

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.

- o 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 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).
- o 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.
- o 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 niedrighschwellige 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. 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 zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die

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

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 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 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 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 **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 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 vernehmlasserten 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. J. Unger
Vertreter VKJC

E. Felber
Präsident VPPS

E. Baumann
Präsident VDPS

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

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

Dr. med. Martin Weinmann
 Vogelsangstrasse 52
 8006 Zürich

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit 08. Okt. 2019					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Bern, 6.10. 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

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 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

Martin Weinmann 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 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

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».

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.

- Martin Weinmann als Autor dieser Vernehmlassungsantwort, (in Anlehnung an die SMHC) 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 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

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».

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»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer)

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

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).

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.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

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

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.

- 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, 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 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 vernehmten 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 meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. med. M. Weinmann

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

Adresse : Vogelsangstrasse 52, 8006 Zürich

Kontaktperson : Dr. M. Weinmann

Telefon : 044 363 20 22

E-Mail : martin.weinmann@hin.ch

Datum : 6.10.2019

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
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Martin Weinmann	I. Zusammenfassung Martin Weinmann 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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 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)).
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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,

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

	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 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. - Martin Weinmann 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

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**

	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**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 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	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>	Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>
				Wir lehnen 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

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art.50	Abs.1	c	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> 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> 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	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.

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

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

			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	

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

			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	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 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 Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.				II <i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum)</i>	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**

			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	

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

				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
Martin Weinmann	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.
		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	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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.	

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

		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	

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

		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 anpellen 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	

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

		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 <u>weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und</u>	
		Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinem 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	

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. <i>NW</i>		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.	

Swiss Mental Healthcare, Altenbergstrasse 29, CH-3000 Bern 8
Telefon +41 31 313 88 49, Fax +41 31 313 88 99
www.swissmentalhealthcare.ch
welcome@swissmentalhealthcare.ch

SwissMentalHealthcare

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

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

Swiss Mental Health Care 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, 05. 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 Psychologieberufegesetz-(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 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 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 niedrighschwellige 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. 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) 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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sporbemühungen 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 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

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

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 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 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 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 **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 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 leichter 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 vernehmlass-ten 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. J. Unger
Vertreter VKJC

E. Felber
Präsident VPPS

E. Baumann
Präsident VDPS

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

Zürich 10.10.15

Dr. med. Susanne Massa
Psychiatrie u. Psychotherapie FMH
Mainaustrasse 12
8008 Zürich
www.praxis-massa.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. Matthias Schultheiss

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie

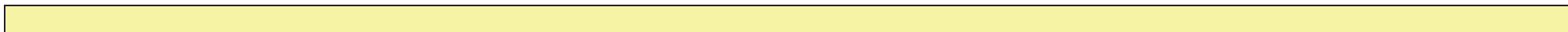
Adresse : Münstergasse 58, 3011 Bern

Kontaktperson : Dr. med. Matthias Schultheiss

Telefon : 031 311 83 88

E-Mail : m.schultheiss@hin.ch

Datum : 16.10.2019



**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
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. SMHC	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 «<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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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> 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)).
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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

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

	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 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**

	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). - o 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. - o 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.
--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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).

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

	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).

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	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>	Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>
				Wir lehnen 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**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art.50	Abs.1	c	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> <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> Wir lehnen 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> Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.

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

			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	
--	--	--	--	--

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

			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	
--	--	--	---	--

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

				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	
--	--	--	--	---	--

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

				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.	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.			II	<i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</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. 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
				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	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.SMHC	2,3,11		
		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	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>Sinne der Tarifaufonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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 Nachfolgerstarifen) 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.	
--	--	---	--

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

		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	

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

		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	

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

		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 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	
--	--	--	--

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

		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.	
--	--	--	--

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.Matthias Weber, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Therwilerstrasse 3, 4054 Basel

Kontaktperson :

Telefon : 061 2731409

E-Mail : m.weber.bs@sunrise.ch

Datum : 01.09.2019

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
Dr.med. Matthias Weber	Ich bin generell für die Aufhebung der Delegation, obwohl ich selber zwei Psychologinnen delegiere. Beim Anordnungsmodell sehe ich zwei Probleme, zum einen sind die Bedingungen für die selbstständige Tätigkeit für psycholog. Psychotherapeuten angesichts der geringen Klinikerfahrung zu gering, zugleich müsste es wie bei den Ärzten auch eine Bedarfsplanung gebe und notfalls bei Überversorgung einen Praxisstopp geben. Weiter ist die vorgesehene Gestaltung der Anordnung und darüber hinaus der nicht nachvollziehbare Eingriff auch in die ärztliche Psychotherapie nicht mit der psychoanalytischen Psychotherapie, in welcher ich ausgebildet bin, kompatibel (s.u.)

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)
Dr.med. Matthias Weber				Ich fordere, dass die psychologischen Psychotherapeuten vor eigenständiger Praxistätigkeit auch mindestens 3 Jahre klinische Erfahrung in einer psychiatrisch/kinderpsychiatrischen Institution sammeln müssten, Zwar sind die Psychologen, was die psychotherapeutische Ausbildung angeht, genauso qualifiziert wie die Ärzte, was ihnen jedoch fehlt, ist ihre klinische Erfahrung, die man zwar auch in einer Praxis sammeln könnte, nur könnte das einen hohen Preis zu Ungunsten des Wohls von Patienten haben, da zur Beurteilung der Suizidalität, Psychosebeginn u.a. dann die fachliche Absicherung in der Klinik fehlt. Sicher würden die meisten der jungen Psychologiekollegen sich Hilfe suchen, aber vieles würden sie mangels Wissen auch verkennen. Also zentrale Forderung: deutliche Erhöhung der klinischen Erfahrung in einem psychiatrischen Rahmen, bevor an eine selbständige Psychotherapeutentätigkeit zu denken 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**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
		Da die drei Hauptpsychotherapierichtungen die Systemische, psychoanalytische und die Verhaltenstherapeutische Psychotherapien sind, welche auch unbedingt in ihrer Breite erhalten bleiben sollten (warum? Weil die Patienten auf diese Richtungen auch je nach Individuum unterschiedlich positiv ansprechen), sind diese als Wahlmöglichkeit für den Patienten zu erhalten. Die Neuaufnahme zur Durchführung einer Einstiegsdiagnostik, Verlaufsdiagnostik und Erfolgsdiagnostik sind nicht angezeigt, da die psychoanalytische und systemische Psychotherapie nicht mit Fragebogenmethoden und diesbezüglich validierten Instrumenten arbeiten und zugleich wie die anderen Psychotherapiemethoden ihre Wirksamkeit und Effektstärken belegt werden konnte. Es gibt keinen Grund, an der bewährten Praxis, nach 40 Stunden einen Verlaufsbericht an den Vertrauensarzt zu senden, etwas zu verändern. Auch ist die erste Anordnungsüberprüfung nach 15 Stunden bei Psychologen für einen psychotherapeutischen Prozess bei psychoanalytisch orientierten Psychotherapien kontraindiziert. Wenn z.B. bei einem psychologischen Psychotherapeuten die Indikation für eine zweimal wöchentlich stattfindende Psychotherapie gestellt wurde, ergibt es eine Unsicherheit für den Patienten, gleich nach 7 Wochen (beim Vorschlag, nur 15 Std zunächst zu genehmigen) „überprüft „ zu werden, und nicht die Sicherheit zu haben, zumindest sich auf 40 Therapiesitzungen einstellen zu können. Es entbehrt einer Logik, warum Ärzte und Psychologen da unterschiedlich „behandelt werden*“. Ich bin für eine einmalige Anordnung, die vor Beginn der 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**

		nur von Fachärzten für Psychiatrie/Kinderpsychiatrie und Ärzten mit entsprechenden Fähigkeitsausweis ausgestellt werden kann. Ich will dies fordern, da ein diesbezüglicher Facharzt vor Psychotherapiebeginn die Weichen stellen müsste, ob auch alternativ andere Behandlungsmethoden (psychopharmakologisch, sozialpsychiatrisch) angezeigt sind. Die anschliessende Kontrolle der Psychotherapie, egal ob von Ärzten oder Psychologen durchgeführt, müsste von Vertrauensärzten erfolgen. Da Psychologen von ihrer psychotherapeutischen Weiterbildung genauso qualifiziert wie die Ärzte sind, sind sie meiner Ansicht nach bei entsprechender Klinikerfahrung, was für mich Bedingung wäre (siehe KVV) genauso in der Lage, den Vertrauensärzten Anträge zur Fortsetzung der Psychotherapie zu stellen.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Sabina Merkel, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : SM

Adresse : Therwilerstrasse 3

Kontaktperson : Sabina Merkel

Telefon : 061 271 11 00

E-Mail : sabina.merkel@hin.ch

Datum : 08.09.2019

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
Error! Reference source not found.SM	Im Internet auf der Seite des BAG aufgeschaltete Text vom 26.06.2019 zur Vernehmlassung der Änderung des KLV werden die beiden folgenden Punkte hervorgestrichen, zu denen ich gerne Stellung beziehen möchte. <u>Weniger Engpässe</u> Es wird behauptet, dass durch das Anordnungsmodell „Versorgungsengpässe 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“. 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 sie mehr Kompetenzen erhalten. Dies wird zu einer Verschlechterung der psychiatrischen Versorgung führen, da unzureichend fachlich 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, wodurch es häufig zu längeren Krankschreibungen wie nötig

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

	kommt und eine Chronifizierung der Symptomatik droht. 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. 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, braucht es die langjährige Ausbildung in einer bio-psycho-sozialen Institution. Bisher ist diese Ausbildung und das Erlernen dieser Integrationsleistung nur durch die Ausbildung für den Facharzt für Psychiatrie gewährleistet. Insofern gibt es auf Grund der gemachten Vorschläge keinen Anhaltspunkt für die postulierte Verminderung protrahierter oder chronischer Verläufe. 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 fertig ausgebildete Ärzte nach über 5 Jahren klinischer Tätigkeit in einer psychiatrischen Institution. 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. Gegen diese Gleichsetzung, die eine bedenkliche Simplifizierung ist, ist entscheidend Stellung zu beziehen, denn der Wissensstand und das Niveau der klinischen Erfahrung sind sehr unterschiedlich. Besonders bedenklich ist, dass speziell vulnerable Personengruppen genannt werden, nämlich Kinder und Jugendliche 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**

Menschen in Krisen. Diese beiden Gruppen sind besonders abhängig, einerseits wegen der Not, andererseits wegen ihres jungen Alters. Sie bedürfen einer fachlich besonders gut qualifizierten Behandlungsperson.

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 Aerzte. 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. Diese Kontrollbestreben wurde schon mit der Einführung des Unterschieds KVG und KLV versucht und durch die aktuellen Begrenzungen, ohne dass dies meines Wissens zu einer Kostenreduktion geführt hätte.

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. Wenn das vorgesehene Vorgehen die WZW Kriterien nicht erfüllt, ist es ersatzlos zu streichen. Es ist gibt keinen Anhaltspunkt dafür, dass das vorgesehene Vorgehen wirtschaftlich oder wirksam wäre.

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

Eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung fehlt. Diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich.

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.

Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden im Falle einer Reduktion verunmöglicht oder massiv erschwert; es kommt somit zu gravierenden qualitativen Einbussen.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Folgenden füge ich Textpassagen aus dem Schreiben der SGPP vom 26.8.2019 an,
die mir besonders wichtig erscheinen:**

Ad Art 1a. Die Wirksamkeit der angewandten Methode ist wissenschaftlich belegt.

**Ad Art 1b. Sie umfasst eine Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten
Instrumenten.**

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.

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

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

wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. 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?

Auswirkungen des Anordnungsmodells:

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.

Es ist eine Anordnung durch fachlich qualifizierte Aerzte zu fordern :

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

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

	entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können. 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. Ad 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. 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. 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
--	---

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

	Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.
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)
Error! Reference source not found.SM	2	a		Was ist damit gemeint?	Konkret sagen was damit gemeint ist, sonst streichen
Error! Reference source not found. SM	2	b		Hier ist wahrscheinlich gemeint, dass Fragebögen ausgefüllt werden sollten, unklar ist welche, durch wen. 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. Sie bedeutet zusätzliche Kosten für die Krankenversicherung des Pat.	Für die Ärzte ersatzlos streichen. Beibehaltung des aktuellen Vorgehens mit regelmässigen Kostengutsprachen bei Bedarf, initial nach 40 Sitzungen für die Ärzte
Error! Reference source not found. SM	3	a		Dauer von 60 Minuten ist zu wenig, es braucht Maximum von 75, wenn nicht gar 90 Minuten. Die Einschränkung der Therapiedauer ist nicht nachvollziehbar, da dadurch allenfalls mehr Sitzungen vereinbart werden müssen, was wiederum insgesamt zu mehr	Dauer von bis zu 75 Minuten für Einzelsitzungen 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**

				Kosten führen wird.	
Error! Reference source not found. SM	3	b		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. 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.	Beibehaltung des aktuellen Vorgehens mit regelmässigen Kostengutsprachen bei Bedarf, initial nach 40 Sitzungen für die Ärzte

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 wäre eine gute Gelegenheit die Unterscheidung KVG und KLV für ärztliche Psychotherapeuten aus demselben Grund aufzuheben.	
Error! Reference source not found.	11	a		Nur Ärzte mit ausgewiesenen Kenntnissen zulassen, dies bedeutet mindestens 2 Jahre klinische Tätigkeit in psychiatrischer Institution.	Auf Anordnung eines Arztes mit Psychiatrie und Psychotherapie oder eines somatischen Arztes mit mindestens 2 Jahren WB in einer psychiatrischen Klinik.
Error! Reference source not found. SM	11	b		Mit dem aktuell vorgeschlagenen Weiterbildungsmodell sind psychotherapeutische Psychologen nicht genügend ausgebildet um Krisenintervention anzubieten, Suizidalität adäquat einzuschätzen und auch nicht um Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen zu behandeln Dieser Mangel in der Weiterbildung kann nicht durch häufigere Berichte an den Versicherer kompensiert werden. 10 Wochen ohne fachkundige Behandlung ist viel zu lange und bedeutet eine viel zu lange Leidenszeit und führt innert Kürze zu einer Chronifizierung. Wenn eine Krankschreibung nötig ist, entstehen zudem hohe volkswirtschaftliche Kosten.	Ersatzlos streichen, ausser wenn Weiterbildungsmodell verändert wird. Psychotherapeutische Psychologen brauchen eine ausreichende klinische Ausbildung in einer psychiatrischen Klinik, dabei lernen sie auch selber Diagnosen zu stellen und medizinische Berichte zu schreiben. Eine psychosoziale Institution, oder die Tätigkeit in der Privatpraxis reicht dafür nicht aus. Ausbildung der psychotherapeutischen Psychologen; Es braucht mindestens 4, besser 5 Jahre stationäre und ambulante klinischen Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik damit die notwendigen Kenntnisse erlangt werden können. Nur dann wären die psychologischen 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**

					den ärztlichen Psychotherapeuten gleich zu setzen. Nur dann sind sie befähigt in eigener Verantwortung medizinische Behandlungen durchzuführen, auch Kriseninterventionen. Bei Behandlung von Kinder und Jugendlichen braucht es die mehrjährige Weiterbildung dafür in den dafür spezialisierten WB – Stätten.
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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Modellstation SOMOSA

Abkürzung der Firma / Organisation : Modellstation SOMOSA

Adresse : Zum Park 20

Kontaktperson : Herr Benjo de Lange

Telefon : +41 52 244 50 00

E-Mail : benjo.delange@somosa.ch

Datum : 25. 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
Modellstation SOMOSA	I. Zusammenfassung Die Modellstation SOMOSA 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 «<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 eine <i>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

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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> 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)).
Error! Reference source not found.	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,

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

	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 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 Modellstation SOMOSA 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
--	---

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**

	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). - o 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. - o 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.
--	---

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 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	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>	Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>
				Wir lehnen 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**

Error! Reference source not found.	Art.50	Abs.1	c	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> 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> 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	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.

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

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

			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	
--	--	--	--	--

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

			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	
--	--	--	---	--

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

				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.	
Error! Reference source not found.				II <i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</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	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**

			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.	

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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.	
--	--	---	--

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

		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	

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

		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 blossse 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	

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

		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	
--	--	--	--

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

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

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-Positionspapier 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	<i>Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen</i>	<i>5</i>
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>	<i>8</i>
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>	<i>11</i>
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>	<i>15</i>
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>	<i>18</i>
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>	<i>19</i>
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.

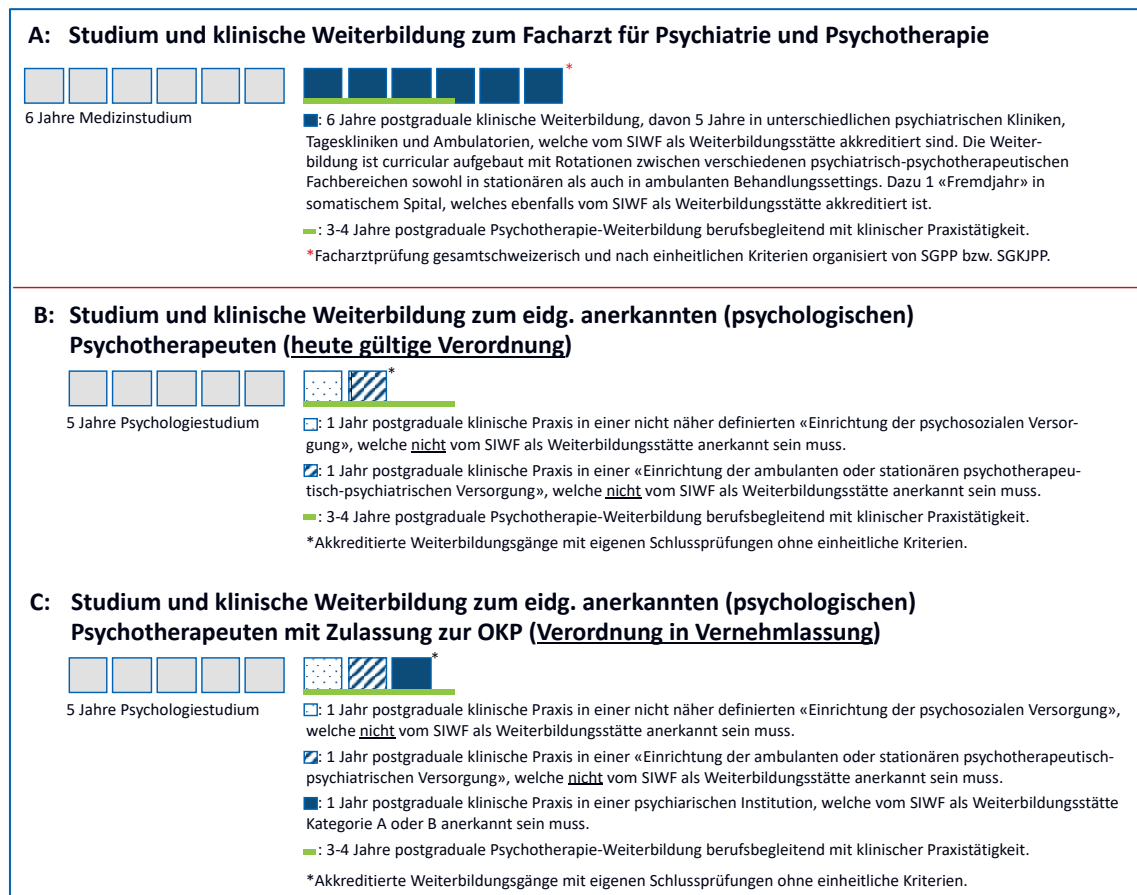


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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

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 Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle 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 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).

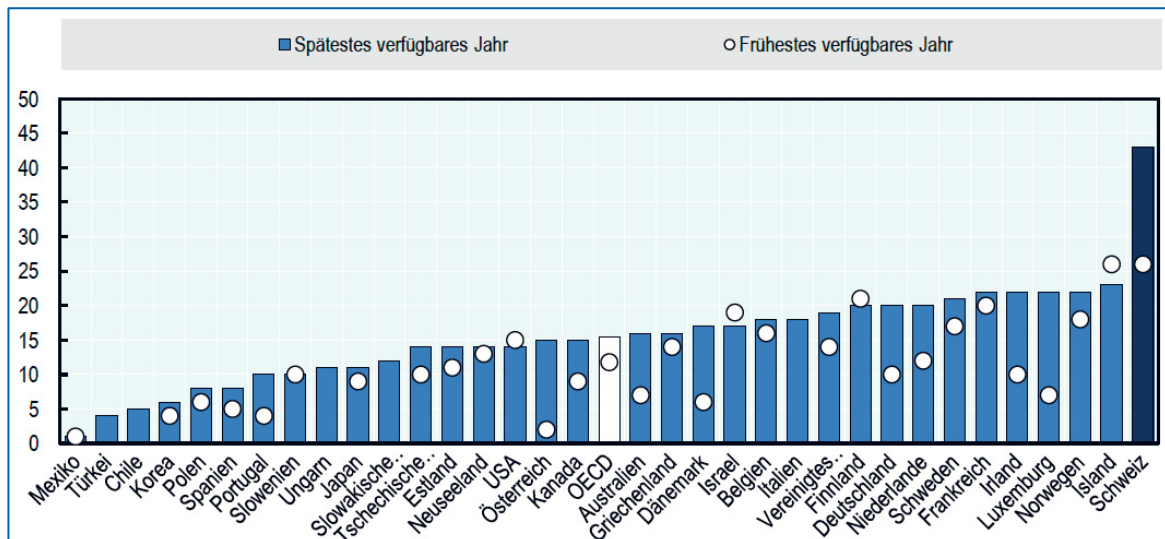


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

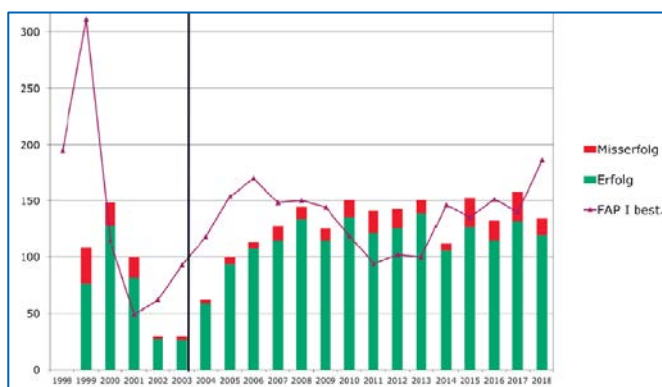


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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 Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.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.

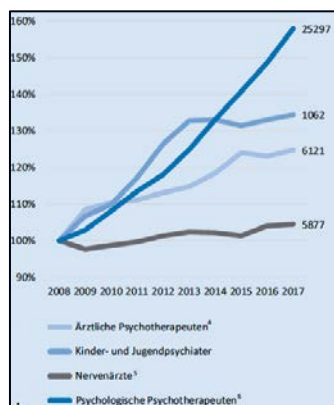


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

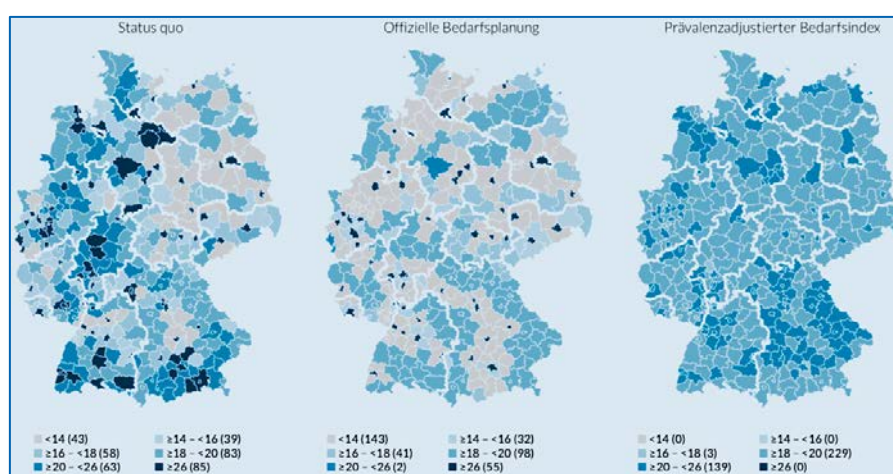


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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/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 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.

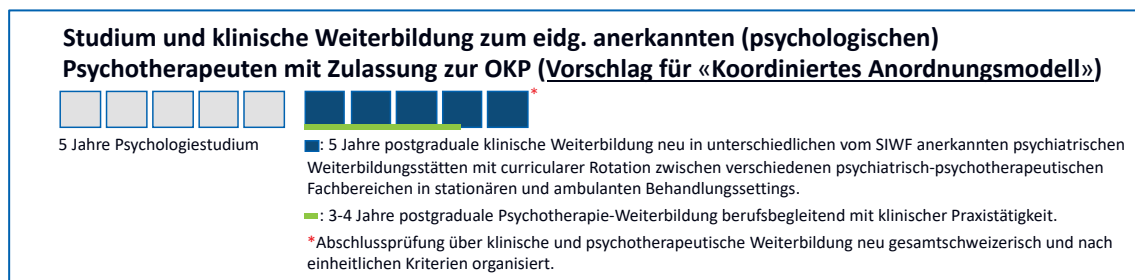


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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.

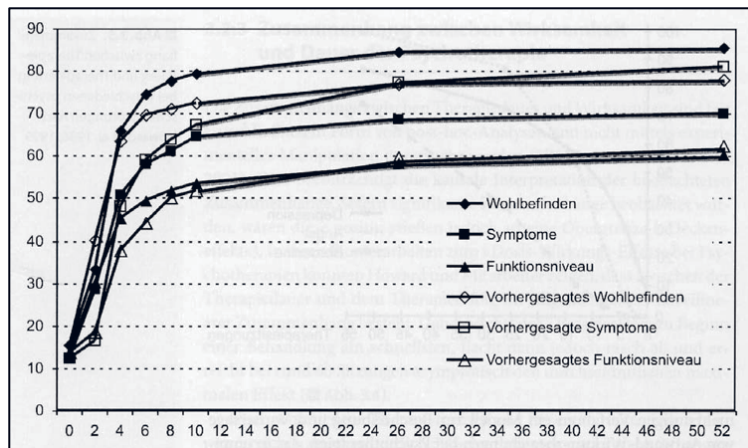


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

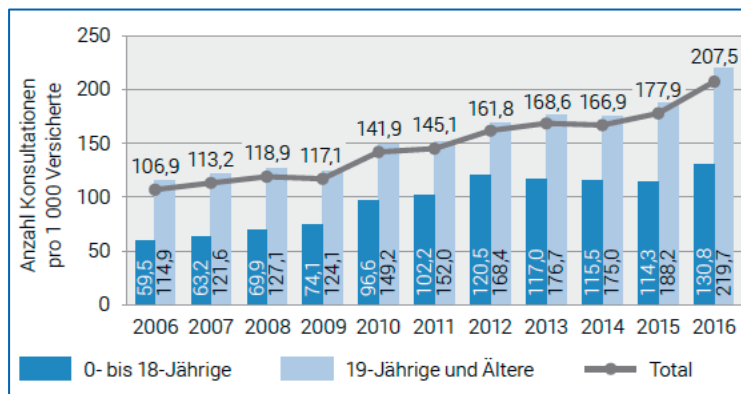


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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 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**

Modellstation SOMOSA

Zum Park 20

8404 Winterthur

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Winterthur, 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 Modellstation SOMOSA 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.

SOMOSA:
Sozialpädagogisch-
Psychiatrische
Modellstation
für schwere
Adoleszenzen-
störungen

Die Modellstation SOMOSA
ist als jugendpsychiatrische
Klinik in der Spitalliste für
Kinder- und Jugend-
psychiatrie des Kantons
Zürich eingetragen und
vom Bundesamt für Justiz
und von der Bildungs-
direktion des Kantons
Zürich als Erziehungs-
einrichtung anerkannt.

I. Zusammenfassung

Die Modellstation SOMOSA 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».

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

- 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 Modellstation SOMOSA 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 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

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».

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 Verlaufsmontoring 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

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».

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, Sporbemühungen 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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

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

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

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 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 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 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 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 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, 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 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 vernehmlasssten 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

Modellstation SOMOSA



Benjo de Lange
Gesamtleiter und Co-Geschäftsführer



Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Chefarzt und Co-Geschäftsführer

(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 : **Monika M. Käppeli , FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Adresse : Süsswinkelgasse 25, 7000 Chur

Kontaktperson : s.o.

Telefon : 081 253 74 37

E-Mail : monika.kaeppli@hin.ch

Datum : 25.9.2019

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
M.M. Käppeli	Als Fachärztin FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie lehne ich 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 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, vorgenommen wurden. <i>Als Fachärztin fordere ich die Rücknahme der Änderungen bei der ärztlichen Psychotherapie und in Zukunft eine Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der 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)
M.M.Käppeli	50	1	c	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 die „leichteren 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	...eine klinische Erfahrung von mindestens 3 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für Ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung, davon mindestens 1 Jahr in einer Einrichtung der Kategorie A oder B. Für die psychologische psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen muss ein spezifisches Weiterbildungscurriculum geschaffen werden (analog der Differenzierung der Facharzttitle in Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -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**

				höher als die postulierten 100 Mio.), ohne entsprechende Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel vorliegt und bereits in verschiedenen Untersuchungen festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Kinder und Jugendliche, Sucht, Krisensituationen, ländliche Regionen). 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 sowie 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 einer besseren und niederschwelligeren psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung in peripheren Regionen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten und eine Fehlallokation der Ausgaben im Gesundheitswesen. Die Unterversorgung wird für viele Kranke 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**

				behaben 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 haben, eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten (vgl. auch Bemerkung weiter unten Art. 2, Abs. 1, Bst. b) KVV) Aufgrund der fehlenden Zulassungssteuerung bei der psychologischen Psychotherapie und der 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 bei der Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen ein Überangebot geschaffen. <i>FORDERUNG in meiner Rolle als Fachärztin:</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>drei</u> Jahre. Ein Jahr	
--	--	--	--	--	--

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

				sollte zwingend in einer SIWF-anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für Ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A oder B erfolgen. Für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen muss ein spezifisches Weiterbildungscurriculum geschaffen werden (analog der Differenzierung der Facharzttitle in Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. FORDERUNG in meiner Rolle als Fachärztin: 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 SGKJPP, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Zugang zum Studium und/oder Praxis-Zulassungssteuerung). Als Fachärztin unterstütze ich die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.	
M.M.Käppeli				Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2: Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Kinder und	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**

				Jugendliche 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 Facharzttitle für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen kann. Als Fachärztin erachte ich diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. 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.	
--	--	--	--	---	--

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
M.M.Käppeli	2, Abs. 1, Bst. b)	Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie? Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unnötig. Die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater stellen eine Diagnose und eine Verlaufserhebung in erster Linie mittels einer strukturierten klinischen Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Zusätzlich werden, abhängig vom Krankheitsbild und der Ausgangssituation, spezifische Tests oder Bewertungsraster zur Diagnostik oder Verlaufsbeurteilung eingesetzt. . Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Zudem besteht das Risiko einer alleinigen Fokussierung auf die einzelnen Krankheitssymptome. Gerade in der immer systemisch arbeitenden und multiaxial diagnostizierenden Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dieser Ansatz ungenügend und fachlich nicht begründet. Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund fachlich unbegründet 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	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**

		fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Kinder und Jugendliche und ihr Umfeld bedürfen je nach Befund 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 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 Praxen 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. Kinder und Jugendliche mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen Behandlungsplatz	
--	--	---	--

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

		finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbaren Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen. Wie wären andere anordnende Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) in der Lage, diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auszuwerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie zu stellen? FORDERUNG: Als Fachärztin fordere ich, dass Punkt 1b gestrichen wird.	
M.M.Käppeli	Art. 3	Kostenübernahme Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. 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). Mit der Reduktion der Sitzungszahl für die Verlängerungsanträge auf neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher, ohne erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, Patienten sowie Prämienzahlerinnen und -zahler. FORDERUNG in meiner Rolle als Fachärztin: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such	BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES 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.

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

		Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60' Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden durch eine maximale Sitzungszeit von 60' verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Zudem erfordert besonders in der therapeutischen Arbeit mit Kindern die zur Konsultation gehörende Nachbereitung (z.B. Aufräumen des Zimmers) oft einen Aufwand, der nicht immer vorhersehbar ist, aber berücksichtigt werden muss. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Behandlung gleich. FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die Psychotherapie	
M.M.Käppeli	Art. 11b, Bst. a.	Wer kann anordnen? Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikationstellung bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie 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.	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;

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Als Fachärztin verlange ich, 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. FORDERUNG in meiner Rolle als Fachärztin: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die SGKJPP die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärztinnen und Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.	Alternativ: 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“.
M.M.Käppeli	Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5	Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen «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» Wie kann die Ärztin, der Arzt den Verlauf einer Therapie beurteilen, die ganz in der Verantwortung der Psychologin, des Psychologen durchgeführt wurde? Wie soll der Arzt, die Ärztin einen fundierten Bericht zu Verlauf, Beurteilung und weiterem Procedere schreiben? Im Verordnungsentwurf bleibt unklar, wie die Aufgaben und Zuständigkeiten geregelt sein 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**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
M.M.Käppeli		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 eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend. FORDERUNG: Die SGKJPP ist in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.	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.
M.M.Käppeli		Übergangsbestimmung zur Änderung vom... 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.	Übergangsbestimmung zur Änderung vom... Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).
M.M.Käppeli		Die Erleichterung des Zugangs zur psychologischen Psychotherapie ist ein wichtiger Schritt für eine verbesserte Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Die Inhalte der Verordnungsänderungen setzen in der vorliegenden Form aber ein falsches Zeichen und werden – bei steigenden	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 – die Behandlung vieler Patientinnen und Patienten , besonders schwer kranker Kinder und Jugendlicher, nicht fördern Als Fachärztin fordere ich deshalb, dass die Bedingungen des angestrebten Anordnungsmodells unter Einbezug eines interdisziplinären Expertengremiums überarbeitet und neu formuliert 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 : Mütter- und Väterberatung Bezirk Baden

Abkürzung der Firma / Organisation : MVB BEZIRK BADEN Bezirk Baden

Adresse : Landstrasse 55; 5430 Wettingen

Kontaktperson : Annegret Gerber

Telefon : 056 437 18 49

E-Mail : annegret.gerber@MVB Bezirk Baden-baden.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
MVB BEZIRK BADEN	Die MVB BEZIRK BADEN 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 MVB BEZIRK BADEN 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. Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme das Resultat der Zusammenarbeit der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände MVB BEZIRK BADEN, ASP und SBAP ist und gemeinsam erarbeitet wurde. Alle drei Organisationen reichen bei dieser Vernehmlassung eine gemeinsame Position ein, die sich nur in wenigen Details unterscheidet.
MVB BEZIRK BADEN	Eckpunkte der Vorlage, welche die MVB BEZIRK BADEN klar stützt: - Die MVB BEZIRK BADEN 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 MVB BEZIRK BADEN 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.
MVB BEZIRK BADEN	Inhalte der Vorlage, welche die MVB BEZIRK BADEN ablehnt und deren Anpassung sie fordert: Die MVB BEZIRK BADEN 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.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 MVB BEZIRK BADEN lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Die MVB BEZIRK BADEN 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 MVB BEZIRK BADEN lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die MVB BEZIRK BADEN verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Die MVB BEZIRK BADEN 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 MVB BEZIRK BADEN 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.
MVB BEZIRK BADEN	Ergänzungen, welche die MVB BEZIRK BADEN vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind: • 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 MVB BEZIRK BADEN 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 MVB BEZIRK BADEN braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Die MVB BEZIRK BADEN unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen

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

	Durchschnitt, kann sich die MVB BEZIRK BADEN eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die MVB BEZIRK BADEN fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom.
MVB BEZIRK BADEN	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)
MVB BEZIRK BADEN	45-50a			Keine Bemerkungen	
MVB BEZIRK BADEN	50b			Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen 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. 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	

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

				Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).	
MVB BEZIRK BADEN	50c	1	a & b	Eidg. Titel und kantonale Bewilligung 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.	
MVB BEZIRK BADEN	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 der MVB BEZIRK BADEN unbestritten. Die MVB BEZIRK BADEN 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 MVB BEZIRK BADEN 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 MVB BEZIRK BADEN begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische	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**

				Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die MVB BEZIRK BADEN 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. 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). 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. Die MVB BEZIRK BADEN fordert daher folgende Anpassungen: 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	
--	--	--	--	--	--

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

				absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f). • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die MVB BEZIRK BADEN ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können.	
MVB BEZIRK BADEN	50c	1	d (neu)	Sprachkompetenz Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die MVB BEZIRK BADEN fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.	d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)
MVB BEZIRK BADEN	50c	2		Anforderungen an die Weiterbildungsstätten Die MVB BEZIRK BADEN ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die MVB BEZIRK BADEN 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 MVB BEZIRK BADEN folgendes vor: • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen	Ergänzung [...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen 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**

				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. 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.	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 [...]
MVB BEZIRK BADEN	52d			Keine Bemerkungen	
MVB BEZIRK BADEN	(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: - Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; - ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; - ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche 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**

					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.
MVB BEZIRK BADEN	Übergangsbest.	1 & 2		Die MVB BEZIRK BADEN 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.	
MVB BEZIRK BADEN	Übergangsbest.	3		Die MVB BEZIRK BADEN 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.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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)
MVB BEZIRK BADEN	2	1	a	Keine Bemerkungen	
MVB BEZIRK BADEN	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die MVB BEZIRK BADEN 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: • 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	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**

				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 Eingangsdiagnose 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 Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. Die MVB BEZIRK BADEN 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.	
MVB BEZIRK BADEN	3			Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer Die MVB BEZIRK BADEN ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht	Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien 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**

			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. 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. 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. Die MVB BEZIRK BADEN 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	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**

				Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.	
MVB BEZIRK BADEN	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 [...]
MVB BEZIRK BADEN	11b	1		Keine Bemerkungen	
MVB BEZIRK BADEN	11b	1	a	Anordnungsbefugte Ärzte Die MVB BEZIRK BADEN 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. In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die MVB BEZIRK BADEN geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher	Änderungsvorschlag für die französische Version: [...] 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 [...]

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

				hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde. Gemäss Auskunft des BAG an die MVB BEZIRK BADEN ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)	
MVB BEZIRK BADEN	11b	1	b	Kriseninterventionen Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun. 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. Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die MVB BEZIRK BADEN 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.	Änderungsvorschlag 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.

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

MVB BEZIRK BADEN	11b	2		Begrenzung auf 15 Sitzungen 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. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Antrag auf Streichung: 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.
MVB BEZIRK BADEN	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.
MVB BEZIRK BADEN	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.

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

MVB BEZIRK BADEN	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.
MVB BEZIRK BADEN	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 : Dr med. Nathalie Lutz. Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie FMH

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Alemannengasse 2. 4058 Basel

Kontaktperson : Nathalie Lutz

Telefon : +41615068800

E-Mail : nlutz@sunrise.ch

Datum : 04.09.2019

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
	Durch das Anordnungsmodell werden keine Versorgungssengpässe bei Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen in Krisen- und Notfallsituationen reduziert. Dies wird zu einer Verschlechterung der psychiatrischen Versorgung führen, da unzureichend fachlich qualifizierte Personen die Erstversorgung übernehmen werden und nicht mehr zwingend ein fachlich qualifizierter Psychiater eingebunden werden muss. 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. Um Chronifizierung und Langzeittherapie vorzubeugen, braucht es 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 der Suizidalität von Patienten – es besteht eine grosse Sorge, dass die ohnehin hohe Suizidrate in der Schweiz bei Umsetzung des aktuell vorgesehenen Modells noch höher werden wird. Nicht nur schwer psychisch kranke Menschen nehmen sich das Leben, sondern 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, braucht es die langjährige Ausbildung in einer bio-psycho-sozialen Institution. 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

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

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 Kinder und Jugendliche, hoch belastetes Entwicklungsumfeld, 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.

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. Diese Kontrollbestrebungen wurden schon mit der Einführung des Unterschieds KVG und KLV versucht und durch die aktuellen Begrenzungen, ohne dass dies meines Wissens zu einer Kostenreduktion geführt hätte.

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 den medizinischen Behandlungsverlauf. Wenn das vorgesehene Vorgehen die WZW Kriterien nicht erfüllt, ist es ersatzlos zu streichen. Es gibt keinen Anhaltspunkt dafür, dass das vorgesehene Vorgehen wirtschaftlich oder wirksam wäre.

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

	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.
	Die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater stellen eine Diagnose in erster Linie 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 Kinder- und Jugendpsychiatrie 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

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

	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?

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)
	1	a/b			streichen
	2	a/b		Welche Fragebögen? Fragebögen sind nur als Ergänzung zur klinischen Untersuchung von Bedeutung. Die Erfassung der Einstiegsbeschwerden und deren Verlauf sowie auch deren Erfolg sind ohnehin integraler Teil jeder ärztlich medizinischen Behandlung, Diese Massnahme bedeutet ausser Kosten keine Verbesserung der Patientenversorgung, oder der Wirtschaftlichkeit. Sie bedeutet zusätzliche Kosten für die Krankenversicherung des Pat.	streichen
	3	a		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.	Keine Reduktion

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

	3	b		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.	Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!
	11	a		Nur Ärzte mit ausgewiesenen Kenntnissen zulassen, dies bedeutet mindestens 2 Jahre klinische Tätigkeit in psychiatrischer Institution.	Auf Anordnung eines Arztes mit Psychiatrie und Psychotherapie oder eines somatischen Arztes mit mindestens 2 Jahren WB in einer psychiatrischen Institution.
	11	b		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.

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

Prise de position de

Nom / entreprise / organisation :  Nathalie Antoine Nziya

Abréviation de l'entreprise / organisation

Adresse : Rue J.-J.ALLEMAND 5, 2000 Neuchâtel

Personne de référence :

Téléphone : 032 721 48 47

E-mail : n.antoine-nziya@hin.ch

Date : 11.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
2. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
3. Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le **date** aux adresses suivantes :
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation.

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

Remarques générales

Nom/entreprise	Commentaires/remarques
N. Antoine Nziya	Je rejette les modifications des ordonnances dans la forme présentée.
	Il est inacceptable que des modifications fondamentales ayant un impact sur la qualité du travail aient été apportées aux art. 2 et 3 OPAS, qui réglementent la psychothérapie médicale au sens strict, sans que l'avis des personnes directement concernées, autrement dit les psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, n'ait été demandé. <i>Je demande le retrait des modifications pour la psychothérapie médicale et exige que la SSPPEA soit prise en compte dans l'élaboration de l'OPAS, en ce qui concerne la psychothérapie médicale.</i>

Si vous souhaitez supprimer certains tableaux du formulaire ou y ajouter de nouvelles lignes, cliquez, dans l'onglet « Révision », sur « Restreindre la modification », puis « Désactiver la protection » pour pouvoir modifier le document (cf. instructions en annexe).

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

Remarques concernant le projet de modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)					
Nom/entreprise	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
N. Antoine Nziya	50	1	c	Les psychologues-psychothérapeutes Le projet d'ordonnance exige une expérience clinique supplémentaire d'un an dans une institution psychiatrique-psychothérapeutique après la fin de la formation postgraduée (établissements de formation postgraduée avec reconnaissance ISFM catégorie A ou B). Avec la réglementation actuelle, de nombreux psychologues-psychothérapeutes ont des connaissances théoriques, mais ne disposent pas d'une expérience clinique suffisante pour diagnostiquer et traiter des troubles psychiques graves. De plus, les psychologues-psychothérapeutes n'ont quasiment aucune expérience de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques en situation d'urgence et de crise, dans lesquelles une médication est en outre très souvent nécessaire. En conséquence, les psychologues se concentreront dans leurs cabinets sur les « troubles légers ». Dans ce domaine, cela aboutira, déjà rien qu'au vu de leur nombre élevé, à une augmentation massive de l'offre thérapeutique. Il en résultera une nette hausse des coûts dans le domaine de la santé (bien plus importante que les 100 millions de francs prévus),	...une expérience clinique minimale de 3 ans dans une institution psychiatrique-psychothérapeutique reconnue par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM), dont au moins un an dans un établissement de catégorie A ou B. Il faut créer un cursus de formation postgraduée spécifique pour le travail psychothérapeutique psychologique avec des enfants et des adolescents (par analogie à la différenciation des titres de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'une part, et de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent d'autre part).

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

				sans amélioration de la prise en charge dans les domaines où une pénurie est à déplorer et avait déjà été constatée dans différentes études (enfants et adolescents présentant des troubles graves avec plusieurs épisodes, addiction, situations de crise, régions rurales). Il manque aux psychologues des éléments importants pour traiter les cas complexes. Cela concerne notamment les troubles somatiques surajoutés, les troubles psychiques causés par des affections somatiques et les maladies psychosomatiques. Sans compter les certificats médicaux et les rapports de l'AI, car les assurances exigent en effet que les rapports soient rédigés par des médecins spécialistes. C'est pourquoi la modification de l'ordonnance proposée est une solution ineffective et inefficace pour atteindre les objectifs fixés par le Conseil fédéral d'une prise en charge psychothérapeutique de la population plus efficace et plus accessible. Un accès plus facile à la psychothérapie pour les personnes présentant des troubles psychiques légers (ce qui est tout à fait souhaitable dans le sens d'une amélioration de la prise en charge dans les régions périphériques) générera une offre excessive ainsi qu'une mauvaise affectation des dépenses de santé si les admissions des psychologues à pratiquer ne sont pas soumises à une limitation ou à un contrôle. On créera ainsi, pour de nombreux patients, une	
--	--	--	--	---	--

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

			situation de prise en charge inadéquate, sans remédier à la pénurie. Le diagnostic final exigé via la modification de l'OPAS accentuera encore cette prise en charge inadéquate, étant donné que les personnes atteintes de troubles chroniques et graves, qui ont besoin d'un traitement à long terme, ne réaliseront pas vraiment de « progrès » mesurables. Elles auront de ce fait beaucoup de difficultés à se voir accorder une prolongation de leur thérapie (cf. aussi remarque ci-dessous pour l'art. 2, al. 1, let. b) OAMal). En raison de l'absence de contrôle des admissions pour la psychothérapie psychologique et des faibles exigences en matière de formation postgraduée clinique, les institutions psychiatriques perdront de nombreux psychologues qui s'installeront dans leur propre cabinet, une fois leur formation achevée. De ce fait, la prise en charge des personnes atteintes de troubles graves par les institutions subira une pression encore plus importante. Dans le même temps, une offre excessive sera instaurée pour la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques légers. <i>Les exigences relatives aux compétences cliniques des psychologues-psychothérapeutes en matière de troubles psychiques doivent être revues à la hausse. Comme précédemment, nous demandons une prolongation de la formation postgraduée clinique d'un an (durée actuelle) à <u>trois</u> ans dans les institutions psychiatriques. Nous sommes d'avis</i>	
--	--	--	---	--

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

				<i>qu'une année devrait impérativement être passée dans un établissement reconnu par l'ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) de la catégorie A ou B. Il faut créer un cursus de formation postgraduée spécifique pour le travail psychothérapeutique avec des enfants et des adolescents (par analogie à la différenciation des titres de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'une part, et de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent d'autre part).</i> <i>Il y a lieu de supposer que le nombre de psychologues exerçant dans leur propre cabinet augmentera massivement, ce qui entraînera inévitablement une multiplication des prestations. C'est pourquoi la SSPPEA demande que la Confédération prenne ses responsabilités en introduisant une réglementation en la matière (accès aux études et/ou gestion des admissions à pratiquer en cabinet).</i> <i>Je suis favorable à la mise sur pied d'un organe de coordination dans le domaine de la formation postgraduée des psychologues, au sein duquel sont représentés les partenaires importants.</i>	
N. Antoine Nziya				Concernant les dispositions transitoires, al. 1 et al. 2 : Le Conseil fédéral autorise sur la base des droits acquis plus de 7000 psychologues-psychothérapeutes à traiter des enfants et des adolescents atteints de maladies	SUPPRESSION des al. 1 et 2 des dispositions transitoires.

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

				psychiques, également graves et multimorbides, alors qu'ils n'ont effectué, en tant que thérapeutes, qu'au moins deux années d'expérience clinique et que la prescription de leurs traitements peut être faite, conformément à l'article 11b de l'OPAS, par un médecin sans titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent. Je considère ces deux points comme un danger pour la qualité et l'efficacité de la prise en charge psychothérapeutique de la population. Dans l'article 11b de l'OPAS mentionné plus haut, il doit être explicitement mentionné que le psychologue-psychothérapeute exerce la psychothérapie psychologique <u>sous sa propre responsabilité</u>. Il doit être clair que la responsabilité, y compris la responsabilité civile de la conduite de la psychothérapie déléguée ne peut être imputée au médecin prescripteur.	
--	--	--	--	---	--

Si vous souhaitez supprimer certains tableaux du formulaire ou y ajouter de nouvelles lignes, cliquez, dans l'onglet « Révision », sur « Restreindre la modification », puis « Désactiver la protection » pour pouvoir modifier le document (cf. instructions en annexe).

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

Remarques concernant le projet de modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

Nom/entreprise	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
N. Antoine Nziya	2, al. 1, lettre b)	Nécessité des instruments de mesure en psychothérapie ? L'introduction de tels instruments de « diagnostic » est inutile pour les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent. Pour poser un diagnostic et réaliser une évaluation intermédiaire, les psychiatres de l'enfant et de l'adolescent se basent en priorité sur une évaluation clinique structurée et ne se servent pas vraiment d'instruments de diagnostic préliminaire, intermédiaire et final. En fonction des tableaux cliniques et de la situation initiale, il est possible d'avoir recours en complément à des tests spécifiques ou à des échelles d'analyse pour le diagnostic ou l'évaluation intermédiaire. Le choix d'instruments d'évaluation est significatif de la préférence pour un certain type de méthodes thérapeutiques. De plus, on risque de se focaliser sur certains symptômes de la maladie. Dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, qui travaille toujours de manière systémique et recourt au diagnostic multiaxial, cette approche est insuffisante et scientifiquement infondée. En introduisant de tels tests, la Confédération s'immisce dans les traitements sans justification médicale, et la nouvelle formulation de l'ordonnance accorde sa préférence	SUPPRESSION de l'art. 2, al. 1, let. b) pour la psychothérapie médicale

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

		aux méthodes thérapeutiques de courte durée. Cela réduit la diversité des méthodes thérapeutiques, excluant de fait de l'assurance de base certaines psychothérapies efficaces, attestées et scientifiquement étayées. La diversité des méthodes thérapeutiques doit être garantie. Les enfants et les adolescents ainsi que leur entourage ont besoin, en fonction des résultats de l'évaluation, de traitements psychothérapeutiques différents. L'application de ces tests aboutira à constituer une montagne de données. Le texte de l'ordonnance ne donne aucune indication sur ce qu'il adviendra de ces données, ou sur qui sera en charge de leur traitement sur le plan technique et du contenu. Cela pose aussi la question de la protection des données. De plus, le flou demeure au sujet du coût de la collecte de ces données dans les cabinets et du financement de l'analyse d'une telle saisie exhaustive. En outre, de tels tests ne sont pas non plus utilisés en soins somatiques. En médecine, il existe en effet une obligation de traitement, mais pas une obligation d'attester du succès du traitement. Celle-ci ne serait introduite qu'en psychiatrie. Il est à noter que la psychothérapie est l'une des formes de traitement les mieux étudiées, avec des taux d'effet thérapeutique élevés. Le texte de l'ordonnance est également flou au sujet de la manière dont les données d'une telle collecte exhaustive doivent être utilisées à des fins d'assurance qualité. Les cabinets doivent-ils être comparés entre eux au moyen d'une sorte de benchmarking ? Et si oui, avec quelles conséquences ? Le risque est grand de voir les thérapeutes	
--	--	--	--

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

		procéder dès le début de la thérapie à une sélection des patients susceptibles d'évoluer favorablement. Le cas échéant, les enfants et les adolescents présentant des troubles psychiques graves ou chroniques trouveront difficilement un ou une thérapeute. De plus, le manque de clarté est total sur la manière de gérer les patients « difficilement guérissables », qui ont besoin d'un traitement de soutien à long terme. Comment les autres spécialistes (qui ne sont pas des psychiatres) analyseraient-ils les résultats de ces tests alors qu'ils ne disposent pas d'une formation postgraduée spécifique et comment poseraient-ils une indication de prolongation de la psychothérapie ? EXIGENCE : Je demande que le point 1b soit supprimé.	
N. Antoine Nziya	Art. 3	Prise en charge des coûts La décision d'écourter la psychothérapie médicale à 30 séances n'est pas étayée scientifiquement et n'est donc pas compréhensible. Des interventions fréquentes et trop précoces de tiers dans la psychothérapie peuvent avoir des effets négatifs gênants en perturbant la création d'un climat de confiance et de sécurité dans la relation thérapeutique. La réduction du nombre des séances avant la demande de prolongation (30 séances au lieu de 40 séances actuellement) entraîne une augmentation disproportionnée de la charge administrative sans avantage notable pour les patients et les payeurs de primes.	MAINTIEN DE L'ANCIEN TEXTE DE L'ORDONNANCE L'assurance prend en charge les coûts pour un maximum de 40 séances diagnostiques et thérapeutiques pour une durée maximale de 75 minutes pour des thérapies individuelles et maximale de 90 minutes pour des thérapies de groupe.

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

		EXIGENCE : <i>Maintien de 40 séances jusqu'à la première demande de garantie de prise en charge des coûts pour la psychothérapie</i> Durée des thérapies individuelles : réduction de la durée maximale de la séance de 75 à 60 minutes Avec une durée maximale de séance de 60 minutes, certaines formes de thérapie reconnues scientifiquement ne pourront plus être dispensées ou leur utilisation sera gravement entravée ; il s'ensuivra une baisse préjudiciable de la qualité de prise en charge. De plus, dans le travail thérapeutique avec des enfants en particulier, la finition faisant partie de la consultation (p. ex. ranger la salle) occasionne souvent du travail qui n'est pas toujours prévisible, mais qui doit être pris en compte. La réduction de la durée de la séance à 60 minutes ne repose sur aucune justification scientifique. Elle équivaut purement et simplement au rationnement d'un traitement médical. EXIGENCE : <i>Pas de réduction de la durée maximale de la séance de 75 à 60 minutes pour la psychothérapie</i>	
N. Antoine Nziya	Art. 11b, lettre a.	Qui peut prescrire ? Un bon diagnostic différentiel psychiatrique et une indication de qualité à la psychothérapie se fondent sur des constatations tant psychiques que somatiques. Cela présuppose de disposer d'une formation postgraduée de médecin spécialiste en psychiatrie et	a. sur prescription d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ainsi que d'un médecin titulaire d'un certificat de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale de

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

		en psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que l'expérience quotidienne de la pratique médicale, en contact avec des patients présentant un spectre varié de troubles psychiques. Le médecin spécialiste doit être en mesure de consacrer dans chaque cas le temps nécessaire pour pouvoir procéder avec tout le soin requis aux évaluations, y compris dans le contexte familial, scolaire, professionnel, etc. EXIGENCE seuls les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ainsi que les médecins titulaires d'un certificat de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP), puissent établir des prescriptions. EXIGENCE : Si l'Etat s'en tient à son principe du modèle de prescription en ce qui concerne l'élargissement à d'autres disciplines médicales habilitées à prescrire, la SSPPEA demande l'introduction d'une attestation FMH de formation complémentaire « Prescription de la psychothérapie » Seuls des médecins disposant de cette attestation de formation complémentaire doivent pouvoir établir des prescriptions. Il s'agit d'une mesure d'assurance qualité.	l'Académie Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale (ASMPP). Alternative : b. sur prescription d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ainsi que d'un médecin titulaire d'un certificat de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP) ou d'un médecin détenteur d'un certificat de formation complémentaire FMH de « prescription de psychothérapie ».
N. Antoine Nziya	Art. 11b, al. 4 et al. 5	Rapport avant l'échéance des séances prescrites « Le psychologue-psychothérapeute rédige, avant l'échéance des séances prescrites, un rapport à l'intention du médecin qui a prescrit la thérapie... la demande et le rapport de prolongation de la psychothérapie doivent être présentés par le médecin ayant prescrit le traitement. »	

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

		Comment le médecin peut-il évaluer le déroulement d'une thérapie qui a été dispensée sous l'entière responsabilité du psychologue ? Comment le médecin peut-il rédiger de manière fondée un rapport sur le déroulement, l'évaluation et la suite de la procédure ? Le projet d'ordonnance ne définit pas clairement comment les tâches et compétences sont réglementées.	
--	--	---	--

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

Autres propositions			
Nom/entreprise	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
N. Antoine Nziya		Vu sous l'angle de la qualité de la prise en charge et de la menace de multiplication des prestations, un délai de cinq ans pour une évaluation et une analyse de l'impact (cf. p. 14 du rapport sur la modification de l'ordonnance) nous paraît beaucoup trop long. Une étude d'accompagnement s'impose impérativement ! EXIGENCE : La SSPPEA doit être impliquée dans l'évaluation et dans l'étude d'accompagnement.	Une évaluation de l'effet de ces modifications d'ordonnances devrait intervenir au plus tard deux ans après l'entrée en vigueur, puis se répéter d'année en année. Il est également impératif de procéder à une étude scientifique d'accompagnement.
N. Antoine Nziya		Dispositions transitoires La période transitoire de 12 mois pour le changement de modèle est trop courte pour pouvoir gérer dans les délais toutes les adaptations de contrat nécessaires. Outre les rapports de travail et les contrats relatifs à l'infrastructure, il est aussi question des rapports contractuels avec des psychologues-psychothérapeutes en train de suivre une formation postgraduée en cabinet.	Dispositions transitoires L'assurance prend en charge les coûts pour les prestations de psychothérapie déléguée au plus tard jusqu'à 24 mois après entrée en vigueur.
N. Antoine Nziya		Faciliter l'accès à la psychothérapie psychologique est une étape importante pour améliorer le traitement des enfants et des adolescents présentant des maladies psychiques. Toutefois, sous leur forme actuelle, les modifications de l'ordonnance	

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 pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

		envoient un mauvais signal et ne sont pas de nature à promouvoir (avec les coûts en hausse) le traitement de nombreux patients et notamment des enfants et adolescents gravement malades. C'est pourquoi je demande que les conditions du modèle de prescription ambitionné soient revues et reformulées en sollicitant la participation d'un groupe d'experts interdisciplinaire.	
--	--	--	--

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Adresse : Friedensgasse 51, 4056 Basel

Kontaktperson :

Telefon : 061 327 10 25

E-Mail : neuhoferkatz@hin.ch

Datum : 08.09.2019

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
Error! Reference source not found.cnk	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. Psychiaterinnen und Psychiater müssen an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft, mitbeteiligt sein.
Error! Reference source not found.cnk	Nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) sollen 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.
Error! Reference source not found.cnk	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, die nur Psychiater verschreiben können, da Hausärzte in der Regel zu wenig bewandert sind in Psychopharmakotherapie. Psychologische Psychotherapeuten mit nur 1-2 Jahre klinischer Erfahrung an einer psychiatrischen Institution können Krisensituationen aufgrund mangelnder Erfahrung nicht adäquat beurteilen. Suizidale, psychotische, manisch-depressive, fremdaggressive und/oder delirante Patienten könnten dadurch über längere Zeit fehlbehandelt werden, was grosses Leid bei den Angehörigen und Patienten selbst sowie hohe Kosten für die Krankenversicherer, resp. den Staat verursacht.
Error! Reference source not found.cnk	Die Verordnung wird zu administrativem Mehraufwand führen (obligatorische Einstiegs- Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik u.a.). Die Annahme, dass alle Menschen mit gleichem Krankheitsbild/gleicher Diagnose gleich viel Behandlung brauchen, ist falsch. Jeder Mensch/Patient ist individuell anders und zeigt ein anderes Krankheitsbild mit anderem Krankheitsverlauf. Eine Standardisierung ist nicht möglich. Deswegen bringt das

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

found.	Vorgehen ausser Kosten keinen Gewinn für den medizinischen Behandlungsverlauf. Wenn das vorgesehene Vorgehen die WZW Kriterien nicht erfüllt, ist es ersatzlos zu streichen. Es ist gibt keinen Anhaltspunkt dafür, dass das vorgesehene Vorgehen wirtschaftlich oder wirksam wäre.
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)
Error! Reference source not found.	50c	1	c	Mit dem aktuell vorgeschlagenen Weiterbildungsmodell sind psychologische Psychotherapeuten nicht genügend ausgebildet um Krisenintervention anzubieten, Suizidalität adäquat einzuschätzen und auch nicht um Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen zu behandeln.	Psychologische Psychotherapeuten brauchen eine ausreichende klinische Ausbildung in einer psychiatrischen Klinik, dabei lernen sie auch selbst Diagnosen zu stellen und medizinische Berichte zu schreiben. Eine psychosoziale Institution, oder die Tätigkeit in der Privatpraxis reicht dafür nicht aus. Während der Weiterbildung zum Weiterbildungstitel in Psychotherapie braucht es eine klinische Erfahrung von mindestens 3 Jahren in einer psychiatrischen Institution.
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					
Error! Reference					

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.cnk	Art. 2, Abs. 1a, 1b	Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumente 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.	Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig. Punkt 1b soll daher für die ärztliche Psychotherapie gestrichen werden. Für psychologische Psychotherapeuten mit nur 1 Jahr klinischer Erfahrung können solche Evaluationsinstrumente jedoch allenfalls eine Fehlbeurteilung mangels Erfahrung verhindern helfen!
Error! Reference source not found.cnk	Art 3	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.	Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!
Error! Reference source not found.		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	Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten 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**

		Massnahme gleich.	
Error! Reference source not found.	11b	Ärzte mit Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin können keine psychiatrischen Diagnosen stellen und sollten daher nicht als anordnende Ärzte zugelassen werden.	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.	11b	Wenn Psychologen schon selbständig abrechnen können sollen, sollten sie auch in der Lage sein, den Bericht zur Fortsetzung der Therapie selbst zu verfassen.	Der Antrag mit Bericht erfolgt durch den behandelnden Psychotherapeuten oder die behandelnde Psychotherapeutin.
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.			

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

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit 01. Okt. 2019					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Bitte in den grünen Bereich Ihren eigenen Namen einsetzen:

Dr. med. Nick Miller

Grand Rue 86

CH-1820 Montreux

Montreux, den 30. 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 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

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

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 **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

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 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 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, 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 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 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

Bitte hier ihre eigene Unterschrift einsetzen

Bitte hier Ihren eigenen Namen einsetzen:

Dr. med. Nick Miller



Docteur NICK MILLER
FMH Psychiatrie-Psychothérapie
86 Grand Rue - 1820 MONTREUX
Tél.: +41219638520 FAX: 30
e-mail: nickmiller@espacehogan.ch

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

From: nicollette kys <nicollette.kys@gmail.com>
Sent: Donnerstag, 17. Oktober 2019 00:10
To: _BAG-GEVER
Subject: Ablehnung der Vorlage der Vernehmlassung

Categories: Simon

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

Dr.med. Nicolette Kys

FMH Psychiatrie, Psychotherapie, medizinische Hypnose

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Zug, den 15.10. 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

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

Ich, Dr. Nicolette Kys 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, Dr. Nicolette Kys lehne die Vorlage in der geplanten 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 gut.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern. 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, 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, Dr. Nicolette Kys 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 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 benötigen. 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.

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 scheinen.

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, Dr. Nicolette Kys 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 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 selbstständige 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 wird.

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.*

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 Ordnungsmodells – 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.

- 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. Hinzu kommt dass psychiatrische Symptome auch von verschiedensten körperlichen Erkrankungen wie Tumoren, Multiple Sklerose, Schilddrüsenerkrankungen usw usw verursacht werden können, so wie ich es in meiner Praxis immer wieder erlebe. Viele meiner Patienten waren zuvor von Psychologen oder Heilpraktikern behandelt worden und erst die psychiatrisch-medizinische Abklärung wies dann auf ein anderes Grundproblem hin. 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. Kürzlich wurde ich von einer sehr jungen Assistenzärztin angerufen, dass der Psychologe einer Patientin, die ich zuvor eingewiesen hatte, ein Medikament verordnet hatte das die Patientin nicht vertrug, was man mit medizinischer Ausbildung gewusst hätte. Glücklicherweise zweifelte die junge Kollegin an der diesbezüglichen Kompetenz des Psychologen. Die oben ausgeführte 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 Versorgungspfeiler 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 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 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 **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 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. WOBEI SICH DURCHAUS DIE FRAGE STELLT, OB DIE SOLIDARGEMEINSCHAFT EINER KRANKENVERSICHERUNG FÜR DIE BEHANDLUNG VON LEBENSKRISEN WIE ARBEITSPLATZ VERLUST,

MOBBING, PARTNERSCHAFTSKONFLIKTEN ETC FINANZIELL AUFKOMMEN MUSS, SOLANGE DIESE NICHT EINE DIE GESUNDHEIT BEEINTRÄCHTIGENDE SPEZIFISCHE PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG NACHGEZOGEN HABEN. DIES ZU DEFINIEREN UND ZU UNTERSCHIEDEN IST AUFGABE DES FACHARZTES. 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 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 obenstehende Forderungen und Anliegen überdenken und folgen.

Mit freundlichen Grüssen

Dr.med. Nicolette Kys

Fachärztin FMH für Psychiatrie, Psychotherapie und medizinische Hypnose

Chamerstr 172

6300 Zug

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. Noëmi Lobos
Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis

Abkürzung der Firma / Organisation : NL

Adresse : Gerbergässlein 5, 4051 Basel

Kontaktperson : Dr. med. Noëmi Lobos

Telefon : 061 261 34 47

E-Mail : noemi.lobos@hin.ch

Datum : 23.09.2019

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
NL	Ich lehne die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form ab. Es ist nicht nachvollziehbar, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden. So ist nicht nachvollziehbar weshalb mit der Änderung des Anordnungsmodelles gleichzeitig und quasi nebenbei in Form einer Kürzung der Kostenübernahme von 40 auf 30 Sitzungen, in unsere ärztliche Arbeitstätigkeit eingegriffen wird, ohne dass dies hinreichend begründet wird.
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.NL	50	1	c	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, ohne Verbesserung der Versorgung der Bereiche in denen ein	...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).

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

				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 schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird die Problematik 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	
--	--	--	--	---	--

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

				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. Es braucht zwingend eine postgraduale Weiterbildung in einer SIWF-anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut), 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. 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 wird gefordert, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.NL	2, Abs.1 Bst. b	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 vom Krankheitsbild, 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. 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 Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben.	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**

		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. 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? Somit würde letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt 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**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.NL	Art. 3	Kostenübernahme 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. 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). Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher, ohne erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. –zahler. Es ist nicht zu erwarten, dass Therapien durch häufigere Berichterstattungen verkürzt werden können. <i>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i> Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60' Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht automatisch 60	BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES 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.
---	---------------	---	---

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

		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. FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.NL	Art. 11b, Bst. a	Wer kann anordnen? 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. FORDERUNG: Es sollen 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.	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.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.NL	Art. 11b, Abs. 4 und 5	Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen «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» 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 dass dies zur blossen Formalität wird und die behandelnden Psychologen dies de facto selbst beurteilen? Was im vorliegenden Modell ja nicht gefordert wird?	
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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : OBERWAID AG

Abkürzung der Firma / Organisation : OBERWAID AG

Adresse : Rorschacher Strasse 311

Kontaktperson : Dr. med. Doris Straus

Telefon : 071 282 07 13

E-Mail : chefsekretariat@oberwaid.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
Error! Reference source not found.OBERWAID AG	I. Zusammenfassung Die OBERWAID 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. 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 <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

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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> 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)).
Error! Reference source not found.	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

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**

	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 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 OBERWAID 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
--	--

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**

	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 im Minimum 4 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF-Weiterbildungsprogrammen, davon mind. 12 Monate in einer SIWF anerkannten Institution der Kategorie A (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13). - o 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. - o 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.
--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.	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 aus Sicht der OBERWAID AG falsch beurteilt. 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. Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden. Folgenden zielführenden Massnahmen seien an dieser Stelle 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).

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

	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).
--	---

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>	Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>
				Wir lehnen 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**

Error! Reference source not found.	Art.50	Abs.1	c	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> 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> Wir lehnen 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> Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.

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

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

				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	
--	--	--	--	--	--

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

				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.	
--	--	--	--	---	--

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

				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 Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.	
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.			<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. 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	
-------------------	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.OBERWAID AG	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.
		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): <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</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**

		<i>Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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 qualifizierten 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	
--	--	---	--

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

		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. Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen. 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	
--	--	--	--

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

		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	
--	--	--	--

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

		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.	
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.		Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Oliver Christen, FA Psychiatrie & Psychotherapie FMH

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Achtsamkeitspraxis, Widmannstrasse 12, 4410 Liestal

Kontaktperson : Oliver Christen

Telefon : 061 544 43 88

E-Mail : oliver.christen@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
O. Christen	ICH LEHNE DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB.
O. Christen	Es ist nicht hinzunehmen, 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>Ich fordere eine zwingende ärztliche 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.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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)
O. Christen	50	1	c	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). Ein Arzt/Ärztin benötigt sechs Jahre der klinischen, praktischen Weiterbildung, um die notwendigen umfassenden Kompetenzen für die Behandlung von Patienten mit psychiatrischen und psychischen Erkrankungen zu erwerben. Es ist zu befürchten, dass Psychologinnen und Psychologen, nach einer so kurzen klinischen Erfahrung, ohne ausreichende Kompetenzen in eine eigene Praxis wechseln, was negative Folgen haben dürfte auf die korrekte Diagnostik und Therapieplanung v.a. von Patienten mit schweren und komplexen Störungen (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen, Kinder und Jugendliche). Den Psychologinnen und Psychologen fehlen zu diesem Zeitpunkt noch wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, somatopsychische und psychosomatische Erkrankungen,	...eine klinische Erfahrung von 3 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Krankheitsspektrum).

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

				Wissen im Umgang mit Psychopharmaka sowie die Arbeit mit Familien und Betreuung-/Beschulungssystemen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Trotz zu erwartender Zunahme von therapeutisch tätigen Personen besteht die grosse Gefahr, dass die Qualität der Versorgung abnehmen wird und Mehrkosten generiert werden ohne dass es zu einer Verbesserung der Versorgung der betroffenen Patientengruppen kommt. Völlig ungeklärt ist in der vorliegenden Fassung der Umgang mit Krankheits- und anderen Arztzeugnissen, sowie das Verfassen von Berichten an Versicherer (IV, Krankenkassen, Lohnausfallversicherungen), denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt. Die vorgeschlagene Verordnungsänderung ist 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). Die Unterversorgung der bedürftigen Personengruppen wird nicht behoben werden, hingegen wird es	
--	--	--	--	---	--

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

			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. Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung könnten psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, wenn 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. Durch den Wegfall der bisherigen delegierten Psychotherapie und die zukünftig mangelnde Ausbildung in der Behandlung komplexer Fälle, werden auf längere Sicht diejenigen Psychotherapeutinnen 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**

				–therapeuten für die Versorgung schwerer erkrankter Patienten fehlen, welche heute eng mit einem Psychiater/ einer Psychiaterin unter einem Dach mit regelmässigen Super- bzw. Interventionen 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. <i>FORDERUNG: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Ich fordere eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf mindestens <u>zwei besser drei</u> Jahre in einer SIWF- anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut).</i>	
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					
Error! Reference					

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. O. Christen	2, Abs. 1, Bst. B)	Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie? Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig und nicht zielführend. 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. Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden auch gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebögen verfahrens-fremde 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.	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**

		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 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. 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	
--	--	--	--

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

		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. 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 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	
--	--	--	--

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

		letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird. 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. FORDERUNG: <i>Ich fordere, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</i>	
O. Christen	Art. 3	Kostenübernahme 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.	BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES 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.

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

		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). <i>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i> Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60' 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.	
--	--	---	--

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

		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). Auch hier wird einer befürchteten Mengenausweitung nicht wirksam entgegnet, da sich ein Arbeitstag eines psychotherapeutischen Leistungserbringers nicht verkürzt oder verlängert, wenn Behandlungseinheiten limitiert werden. <i>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</i>	
O. Christen	Art. 11b, Bst. A.	Wer kann anordnen? 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.	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; Alternativ: b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>FORDERUNG: 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> <i>FORDERUNG: 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>	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».
O. Christen	Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5	Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen «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» 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.	Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 11 ab

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. Patrick Nemeszazy, niedergelassener Psychiater, Praxiszentrum Gutenberg

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Gutenbergstrasse 31, 3011 Bern

Kontaktperson : Dr. med. Patrick Nemeszazy

Telefon : +41 79 240 4981

E-Mail : patrick.nemeszazy@gmail.com

Datum : 13. 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.Nemeshazy	I. Zusammenfassung Dr. med. P. Nemeshazy 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 «<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 eine <i>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

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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> 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)).
Error! Reference source not found.	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,

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**

	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 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. - Patrick Nemeshazy 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
--	--

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**

	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). - o 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. - o 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**

Error! Reference source not found.	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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 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	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>	Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>
				Wir lehnen 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**

Error! Reference source not found.	Art.50	Abs.1	c	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> 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> 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	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.

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

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

			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	
--	--	--	--	--

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

			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	
--	--	--	---	--

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

				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.	
Error! Reference source not found.				II <i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</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	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**

			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.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.Nemeshazy	2,3,11		
		<i>Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</i>	<i>Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</i>
		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): <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>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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.	
--	--	---	--

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

		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	

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

		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	

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

		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	
--	--	--	--

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

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

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

Dr. med. Patrick Nemeshazy

Praxiszentrum Gutenberg

Gutenbergstrasse 31

3011 Bern

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

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) 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.

Dr. med. Patrick Nemeshazy 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

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)).

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

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

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.

- Patrick Nemeshazy, 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 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 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

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, 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).

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

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 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.

- 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 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 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 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 vernehmten 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. Patrick Nemeshazy

Facharzt für Psychiatrie und 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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Höck Paul, Dr. med.

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Grienbachstrasse 36, 6300 Zug

Kontaktperson : Dr. med. Paul Höck

Telefon : +41 79 648 42 37

E-Mail : phoeck@zadz.ch

Datum : 12.10.2019

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
Privat	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 «<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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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> 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)).
Error! Reference source not found.	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

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**

	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 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 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**

	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). - o 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. - o 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.
--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
Error! Reference source not found.	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).

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

	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).
--	---

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 meinen 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**

Error! Reference source not found.	Art.50	Abs.1	c	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> 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> 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> Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.

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

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

				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	
--	--	--	--	--	--

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

				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.	
--	--	--	--	---	--

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

				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 Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.	
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.			<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. 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	
-------------------	--	--	---	--

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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.	
--	--	---	--

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

		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	

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

		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	

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

		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	
--	--	--	--

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

		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.	
--	--	---	--

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

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-Positionspapier 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	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 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.

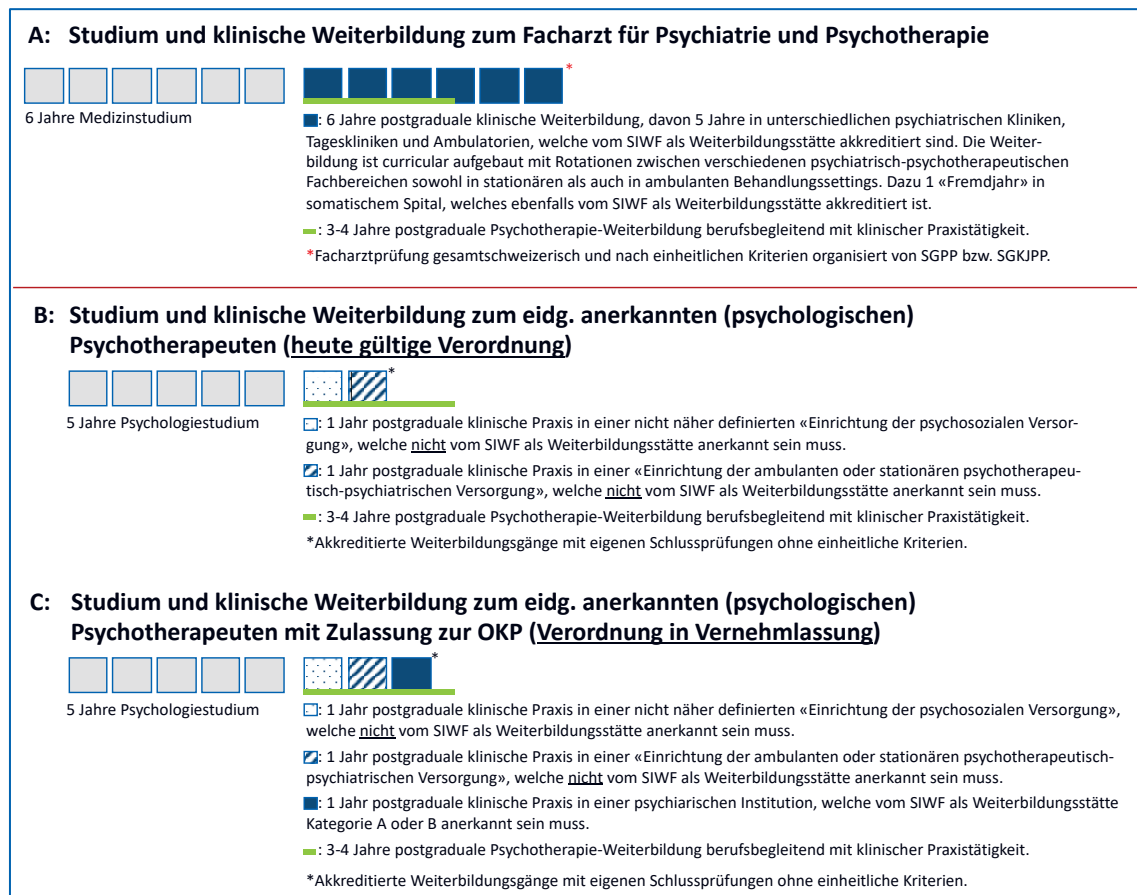


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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 Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle 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 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).

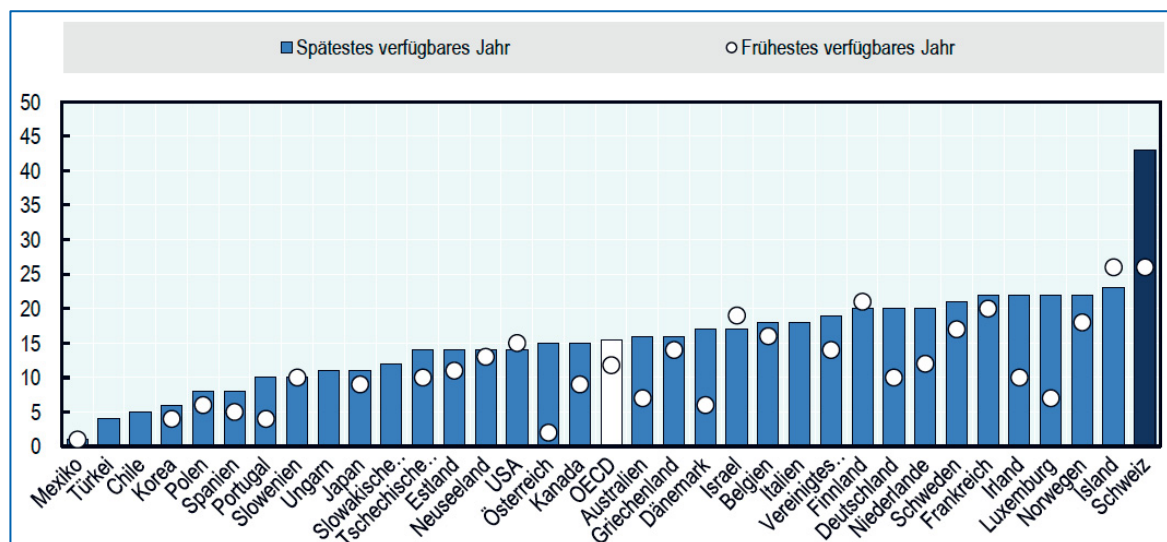


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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 Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.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.

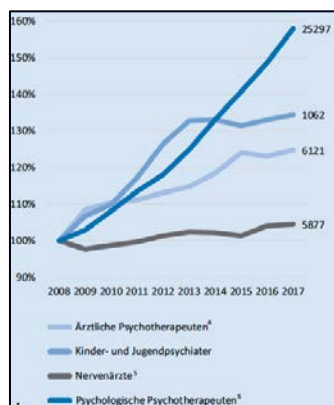


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

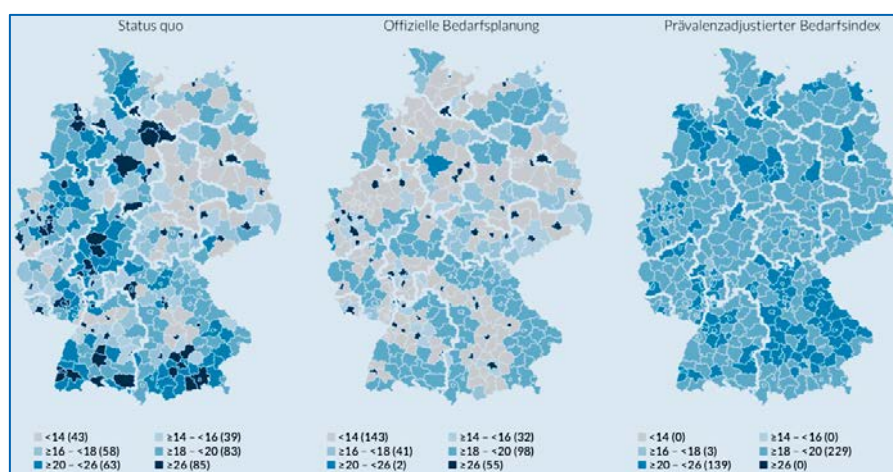


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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/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 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.

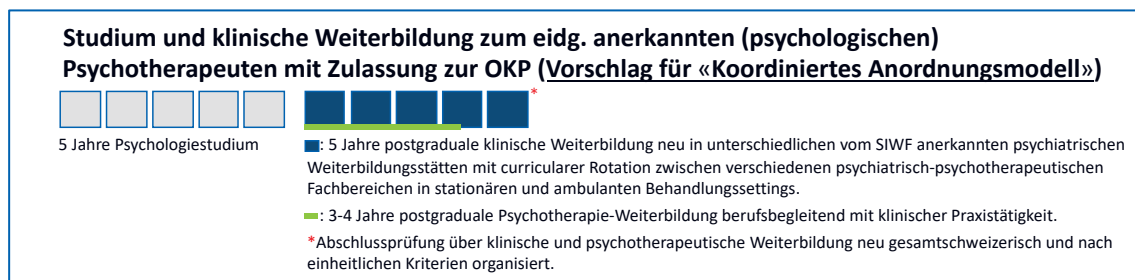


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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.

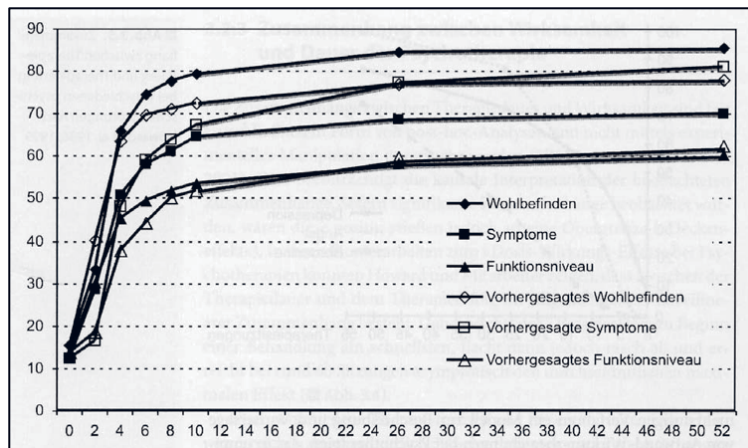


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

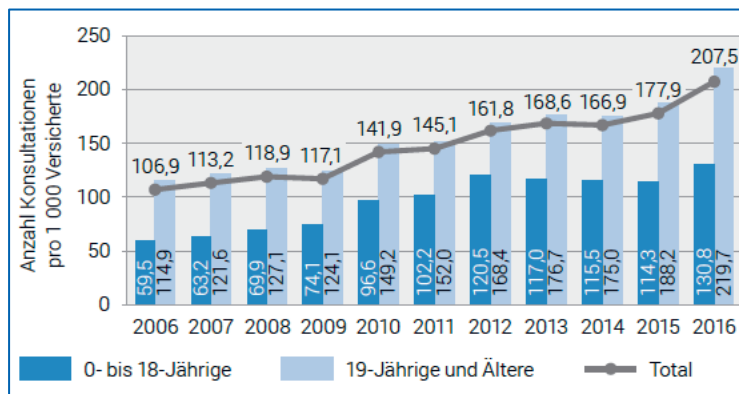


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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 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

Dr. med. Paul Höck
Grienbachstrasse 36
6300 Zug

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Zürich, 12. 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:
 - o 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».
 - o 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.

- o Ich als Autor 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 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).
- o 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.
- o 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-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, 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 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 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.

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Paul Höck
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

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

Psychiatrische Dienste | Weissensteinstrasse 102
CH-4503 Solothurn

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

Psychiatrische Dienste
Weissensteinstrasse 102
CH-4503 Solothurn
T 032 627 11 11 | F 032 627 14 66
www.solothurnerspitaeler.ch

Direktion
Direktor
Prof. Dr. med. Martin Hatzinger
martin.hatzinger@spital.so.ch

Solothurn | 9. Oktober 2019

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.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 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 Psychiatrischen Dienste Solothurn nehmen 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 Psychiatrischen Dienste lehnen 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:

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

- 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 Psychiatrischen Dienste 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).

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».

- 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 Neuordnung 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 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

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».

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 aushandeln 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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

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

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

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 Ordnungsänderungen 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 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 **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 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. 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 vernehmten 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



Prof. Dr. med. Martin Hatzinger
Direktor PD

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Psychiatrische Dienste, Solothurner Spitäler AG

Abkürzung der Firma / Organisation : PD Solothurn

Adresse : Weissensteinstrasse 102, 4503 Solothurn

Kontaktperson : Prof. Dr. med. Martin Hatzinger

Telefon : +41 (32) 627 11 11

E-Mail : martin.hatzinger@spital.so.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!

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Krankenversicherung
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Windisch, 15. Oktober 2019/JFA

**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
Krankenversicherung (OKP)**

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im
Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erlauben wir uns auf den nachfolgenden Seiten
wie folgt Stellung zu nehmen:

- | | |
|---|---------------|
| 1. Zusammenfassung | Seite 02 - 06 |
| 2. Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die KVV | Seite 06 - 09 |
| 3. Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der KLV | Seite 09 - 13 |
| 4. Weitere Anträge | Seite 13 - 14 |
| 5. Weitere Anliegen | Seite 15 |

Freundliche Grüsse

Psychiatrische Dienste Aargau AG



Dr. Kurt Aeberhard
Präsident des Verwaltungsrates



Jean-François Andrey
CEO
M.H.A.

Stellungnahme der Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG)

1. Zusammenfassung

Die PDAG als einer der grössten und umfassendsten psychiatrischen Institutionen sind nicht grundsätzlich gegen ein Anordnungsmodell respektive gegen die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie.

Wir lehnen die Vorlage in geplanter Form aus folgenden Gründen jedoch 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 Bedarf, 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 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 *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)).

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 zu sein 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 -ärzten und Kinderärztinnen und -ärzten) übernommen werden müssen».
- Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne OKP-Zulassung (welche neben der einjährigen zusätzlichen klinischen Praxis eine abgeschlossene Weiterbildung zum eidg.

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

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.

- Die PDAG 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).
- Nicht zielführend ist folglich die Limitierung der für die Weiterbildung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten anerkannten Weiterbildungsstätten auf die allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätten der Kategorie A und B und der Ausschluss der ebenfalls vom SIWF anerkannten Weiterbildungsstätten Kategorie C. Die Weiterbildungsstätten Kat. C bieten zahlreiche Weiterbildungsstellen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an. In den Weiterbildungsstätten Kategorie C findet die klinische Weiterbildung in folgenden Bereichen statt: Alterspsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, Krisenintervention, Psychosomatik, spezielle Psychotherapie und diagnosespezifische Abteilungen (Depression, Angst, Borderline, intellektuelle Entwicklungsstörungen u. a). Es handelt sich also um Weiterbildungsstätten, welche für die Weiterbildung in psychologische Psychotherapie sehr wichtig sind. Klinische Rotationen in verschiedenen Bereichen der Psychiatrie sollen die psychologischen Psychotherapeuten dazu befähigen, psychiatrische Krankheitsbilder kompetent einzuschätzen und zu behandeln, Notfallsituationen richtig einzuschätzen und Krisensituationen klinisch verantwortungsvoll beherrschen zu lernen.
- 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

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».

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 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 niederschwelligere 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 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 deutlich gestiegenen 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 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).

2. Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) - Art. 46, Art. 50c Abs. 1 lit. C

2.1 Antrag I

Wir lehnen Art. 46 g. ab.

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:

- Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- Logopäde oder Logopädin;*
- Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- ~~*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**.

2.2 Antrag II

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab.

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.~~

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, 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).

2.3 Antrag III

Wir beantragen die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zu erhöhen.

Art. 50 Abs. 1 lit c NEU

- 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») betragen und an mindestens drei SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen.**

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 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, 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 Psycho-therapeutinnen 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.

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 angepasster Regelung (das heisst psychologisch-psychotherapeutische Tätigkeit unter fachlichen Supervision und Leistungsverantwortung durch einen bzw. einer zur OKP zugelassenen eidg. anerkannten Psychotherapeuten resp. Psychotherapeutin oder einer Arztes mit eidg. Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie oder in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) 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 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.

2.4 Antrag IV

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen.

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.~~

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.

3. Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) - Art. 2, Art. 3 und Art. 11

3.1 Antrag I

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

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.»

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 würden 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.

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 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]).

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.

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.

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.

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 systemrelevanten Eingriff in das Gesundheits- und das Berufsbildungssystem 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.

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.

Kein anderes Facharztweiterbildungsprogramm beinhaltet eine obligatorische klinische Erfahrung in einer SIWF-anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen resp. kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbildungsstätte.

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.

3.2 Antrag II

Art. 11 b Abs. 1. 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.**

3.3 Antrag III

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.

3.4 Antrag IV

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.

3.5 Antrag V

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

Begründung zu den vorstehenden Anträgen I-IV. 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 Zerteilung 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.

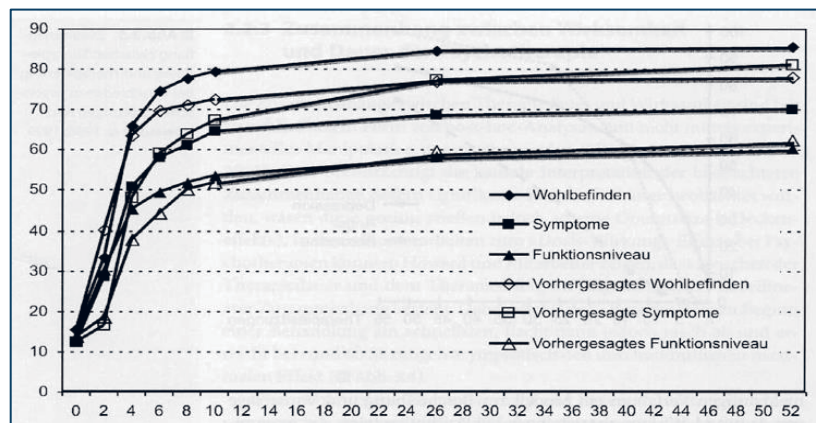


Abbildung 2: Therapiewirkung einer Psychotherapie (Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag)

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 Antrag I

Finanzierung der Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten in Spitälern, Kliniken und analogen Einrichtungen

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 Antrag II

Regelung der Zusammenarbeit zwischen psychologischen Psychotherapeuten und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis.

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 Antrag I

Inkrafttreten der Verordnungsänderungen. 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 Antrag II

Frühzeitige Durchführung einer Wirkungsanalyse. Die erste Bestandsaufnahme ist ein Jahr nach Inkrafttreten der Verordnungsänderungen durchzuführen.

Begründung

Es ist sicherzustellen, dass die Auswirkungen der Änderung der Verordnungen hinsichtlich Ziel-erreichung 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

5.1 Anliegen

Verbesserung der Abgeltung der Behandlungskosten von psychisch schwer kranken Menschen

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.

Schlussbemerkung

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.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anträge.

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

Abkürzung der Firma / Organisation : PDGR

Adresse : Loëstrasse 220

Kontaktperson : Josef Müller CEO

Telefon : 058 225 25 00

E-Mail : josef.mueller@pdgr.ch

Datum : 23.09.2019

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
PDGR	Allgemeine Bemerkungen Wir stimmen den Entwürfen für die Änderung der Verordnung über die Kranken-versicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der vorliegenden Form nicht zu. Die Verordnungsentwürfe bedürfen, soll die Grund- und Spezialversorgung von psychisch erkrankten Menschen im Sinne der Bestrebungen des Bundesrats nachhaltig verbessert werden, der Anpassung gemäss unseren Anträgen. Begründung In der vorliegenden Form kann unsererseits den der gemäss der Vernehmlassung vorgesehenen Änderungen der KVV und der KLV nicht zugestimmt werden. 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 Facharzttitel 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.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 vorgesehene Neuregelung führt damit im Vergleich zur heutigen Regelung zu einer qualitativen Verschlechterung der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen.

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 auf Grund seiner Aufsichtspflicht 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 Facharzttitel 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 Neu-regelung 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).

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

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)
PDGR	50c	1	c	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 abschliessendem 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	Wir beantragen Ihnen, diese Litera wie folgt zu formulieren: 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.

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

			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. Die nachstehende Abbildung 1 veranschaulicht die Unterschiede in der Aus- und Weiterbildung zwischen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und psychologischen Psychotherapeuten gemäss vorgesehener Änderung von Art. 50c Abs. 1 lit. c KVV.	
--	--	--	--	--

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

				Studium und klinische Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  Medizinstudium (6 Jahre)  Postgraduale klinische Weiterbildung in einer SIWF anerkannten Weiterbildungsstätte (6 Jahre) Studium und klinische Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten  Psychologiestudium (5 Jahre)  Postgraduale klinische Weiterbildung in einer SIWF anerkannten Weiterbildungsstätte (1 Jahr) Abbildung 1: Unterschiede in der Aus- und Weiterbildung zwischen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und psychologischen Psychotherapeuten. Die Ausbildung für Psychotherapie dauert sowohl für Fachärzte als auch für Psychologen rund drei Jahre. Aus fachlichen Gründen, das heisst aufgrund der Lernziele und des Umfangs der Aus- und Weiterbildung, ist es gegenwärtig unmöglich, 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.	
--	--	--	--	--	--

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

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

				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.	
PDGR				Übergangsbestimmung zur Änderung vom... 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	Die Absätze 1 und 2 sind ersatzlos zu 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**

			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.	
--	--	--	--	--

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
PDGR	3	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. 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.	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.

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

		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 neu gestaltenden Beziehungsdynamik. Dieser entwicklungspsychologischen Tatsache ist Rechnung zu tragen. – Spezielle Kinder- und Jugendpsychotherapieformen wie Gruppenangebote, erlebnisorientiertes Arbeiten, Spieltherapien etc. brauchen einen entsprechenden Zeitrahmen.	
--	--	---	--

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

		– 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.	
PDGR	3b	Wir verweisen zur Begründung auf die Ausführungen in der Begründung zum Antrag beim Artikel 3.	Wir beantragen Ihnen, Art. 3b unverändert zu belassen.
PDGR	11b	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	Wir beantragen Ihnen, Abs. 1 Buchstaben 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. 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

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

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.

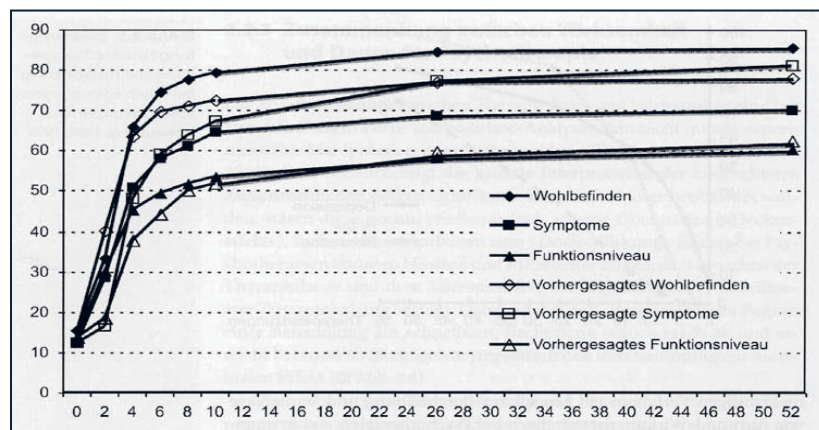


Abbildung 2: Therapiewirkung einer Psychotherapie (Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. Tübingen: dgvt-Verlag)

Die Abbildung zeigt, dass die Therapiewirkung einer Psychotherapie während der ersten zehn Stunden am grössten ist und anschliessend

einer Gruppentherapie.

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.

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.

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

		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.	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Anträge und Anliegen			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
PDGR		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.	

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

PDGR		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	
------	--	---	--

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

PDGR		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).	
------	--	---	--

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

PDGR		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.	
PDGR		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	

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

		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.	
--	--	--	--

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)

Weinfelden, 09. 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 Psychiatrischen Dienste Thurgau nehmen 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 Psychiatrischen Dienste Thurgau lehnen 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 Versorgungsverschlechterung 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

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».

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 Psychiatrischen Dienste Thurgau 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 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 Kranken-

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».

pflegeversicherung (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 psychiatri-

schen 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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

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 einfacher 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 Chefarzte 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 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 Spezialisierungen 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 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 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 **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 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.

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. med. Bruno Rhiner
Chefarzt / Mitglied der Direktion
Psychiatrische Dienste Thurgau

Im Namen der Direktion der Psychiatrischen Dienste:

PD Dr. med. Gerhard Dammann

Stephan Kunz, Verwaltungsdirektor

Dr. biol. hum. Rolf-Peter Gebhardt, Leiter ambulante Erwachsenenpsychiatrie

Michael Lehmann, Pflegedirektor

(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-Positionspapier 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
SAPPMM	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	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 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.

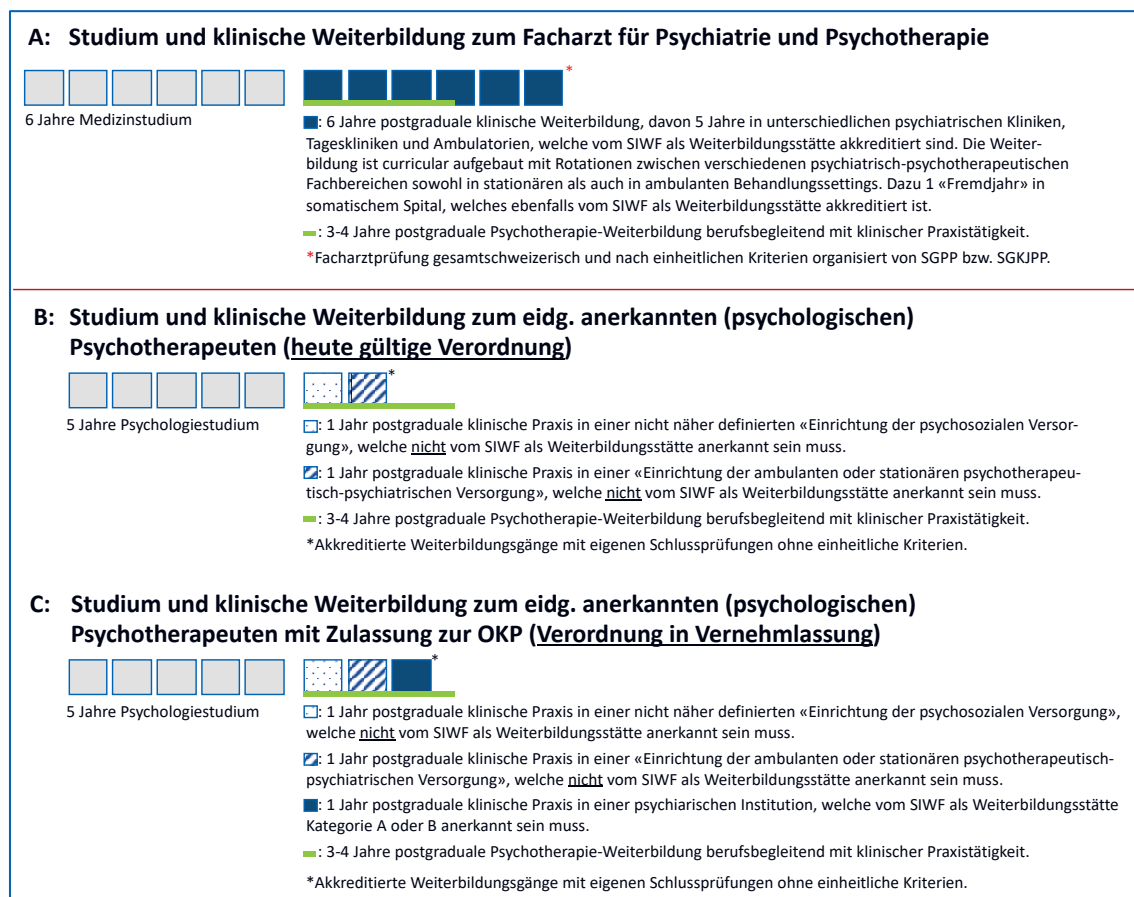


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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 Therapie-resistenz (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 Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle 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).

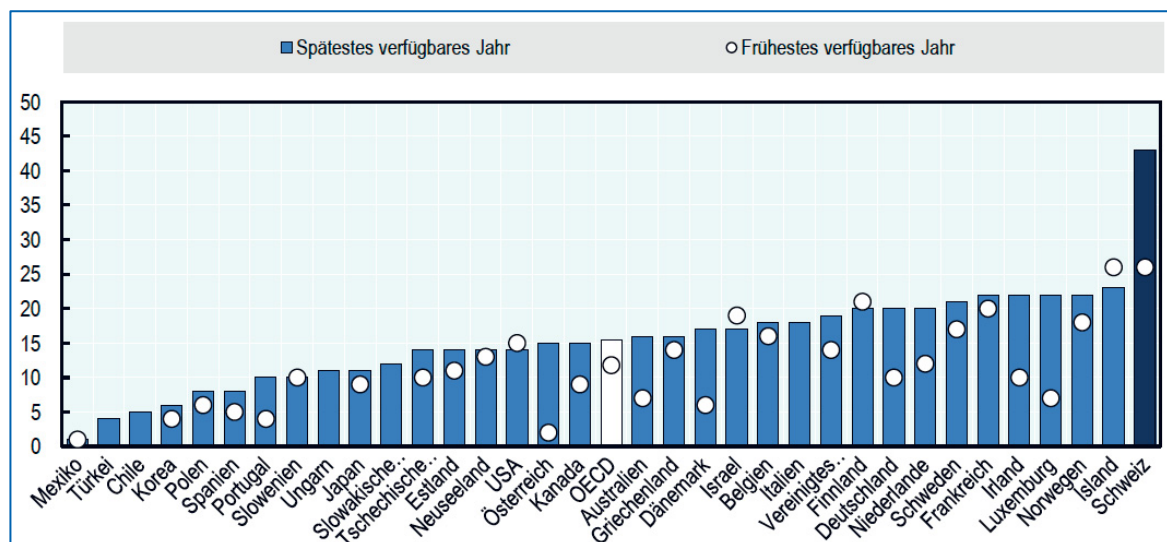


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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 Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztteststatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztteststatistik/fmh-aerztteststatistik.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.

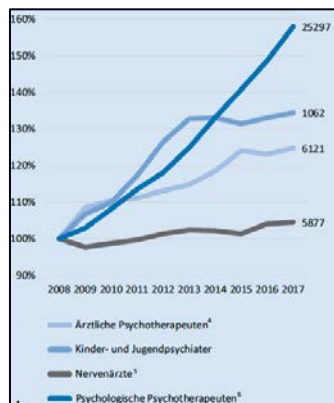


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

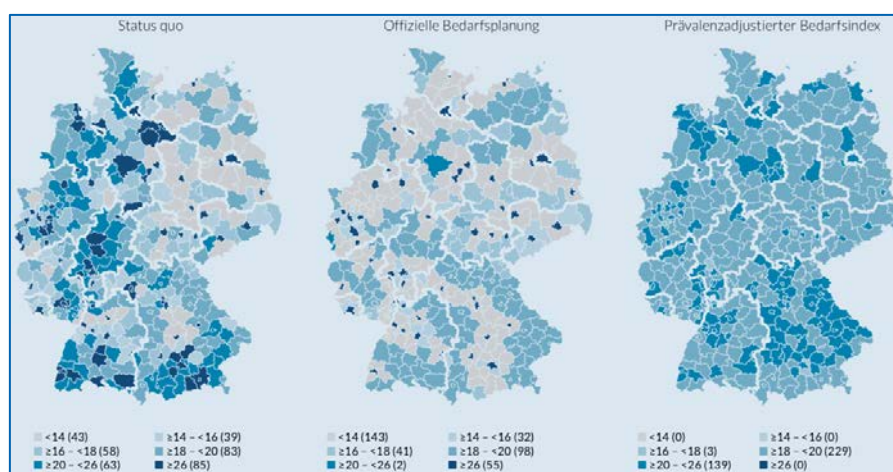


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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/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 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.

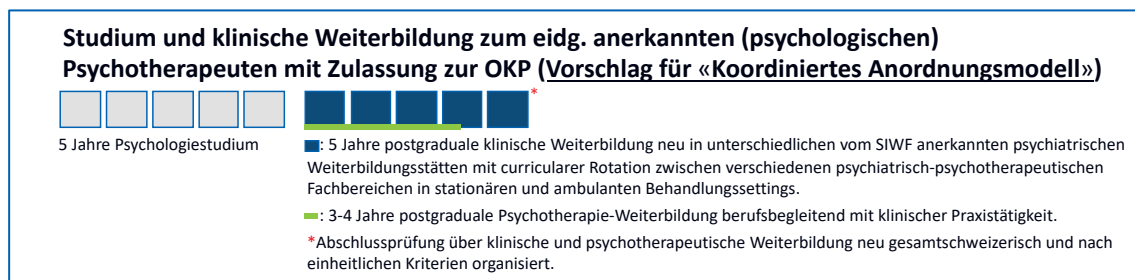


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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.

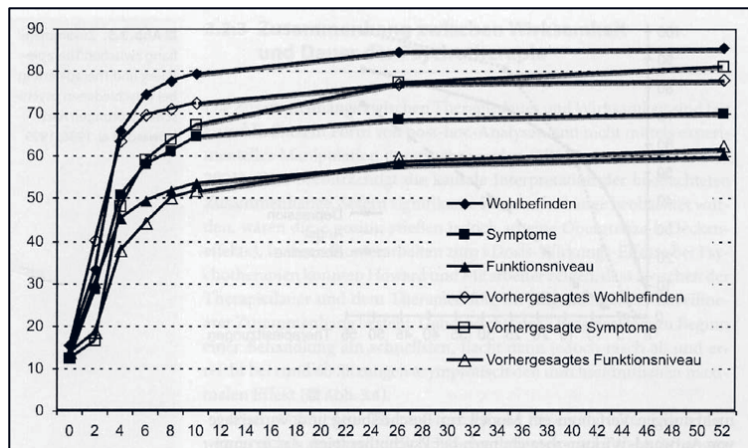


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

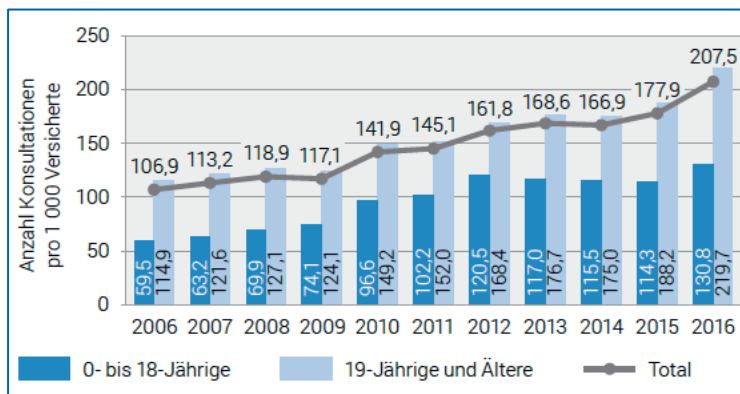


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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 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 : Psychiatrische Dienste Thurgau

Abkürzung der Firma / Organisation : PDT

Adresse : Schützenstrasse 15, 8570 Weinfelden

Kontaktperson : Dr. med. Bruno Rhiner

Telefon : +41 (71) 686 47 13

E-Mail : bruno.rhiner@stgag.ch

Datum : 09. 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

Docteur Baya-Laure PEGARD

Psychiatre- psychothérapeute FMH

24 avenue du 1er Mars

CH- 2000 NEUCHÂTEL

lpegard@bluewin.ch

Neuchâtel le 15 octobre 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:
 - o 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».
 - o 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.

- o **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).
- o 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.
- o 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)

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 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.*

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 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 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 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, 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 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. 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 vernehmten 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. H. Conrad
Präsident SMHC

Prof. Dr. med. E. Seifritz
Präsident SVPC

Dr. med. J. Unger
Vertreter VKJC

E. Felber
Präsident VPPS

E. Baumann
Präsident VDPS

Swiss Mental Health Care (SMHC): Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefarzte (SVPC)

Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefarzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC)

Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS)

Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS)

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

Änderung der Verordnung KVV und KLV betreffend Neuregelung der Psychologischen Psychotherapie im Rahmen der OKP

**Stellungnahme von Dr. med. Petra Ehrhard,
Psychiatrie und Psychotherapie FMH,
Ochsengasse 2 4460 Gelterkinden**

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 Kostengutsprachege such!

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 entsprächen 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 Jugend- medizin 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** (Aufnahmezwang 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 Ordnungsänderung) 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.

Dr. med. Petra Ehrhard

Gelterkinden, 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 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. Philipp Hurni, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie Allgemeine Innere Medizin FMH
Adresse	Villemattstrasse 15, 3007 Bern
Telefon	079 409 35 18
E-Mail	p.hurni@hin.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 **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
Philipp Hurni	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 «<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

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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> 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)).
Error! Reference source not found.	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

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**

	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 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). - o 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. - o 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. Für diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden aufzukommen. 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**

Error! Reference source not found.	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» weiter zu verbessern 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 erreicht werden. Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus: 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**

	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	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 meine 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**

Error! Reference source not found.	Art.50	Abs.1	c	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> <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> 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> Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.

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

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

				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	
--	--	--	--	--	--

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

				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.	
--	--	--	--	---	--

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

				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 Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.	
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.			<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. 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	
-------------------	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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
Philipp Hurni	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.
		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): <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>	Siehe auch Annex „weitere Vorschläge“, 2. Abschnitt

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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.	
--	--	--	--

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

		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. Weiter ist es mir wichtig, inhaltlich an dieser Stelle zu betonen, dass mir die vorgesehene generelle Reduktion der Minutage leider ein Beispiel dafür scheint, wie von Nicht-Fachleuten Sparmassnahmen vorgeschlagen und womöglich beschlossen werden, welche total am Ziel vorbeischiessen und in der Realität das Gegenteil dessen bewirken, was bezweckt werden sollte. Es	
--	--	---	--

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

		ist bei sehr oberflächlicher aber eben allzu simpler Betrachtung vielleicht naheliegend, mit einer Verkürzung der maximalen Sitzungsdauer Spareffekte erzielen zu wollen. Diese Massnahme würde aber mit Sicherheit zu völlig anderen und nachteiligen Effekten führen: Schon jetzt ist es in einer betriebswirtschaftlichen Betrachtungsweise eigentlich unsinnig, wenn ich schwer kranke Patienten annehme: Für den gleichen Tarif könnte ich nämlich mit einfacheren Patienten mit weniger Aufwand und weniger Risiko in der Therapie tendentiell mehr erreichen. Wenn ich nun für eine Sitzung beispielsweise mit einem schwer traumatisierten Patienten nur noch max. eine Stunde zur Verfügung habe, kann ich auch mit einer ärztlich-ethischen Haltung diesen Patienten nicht mehr übernehmen, weil ich ihn gar nicht mehr wirklich therapieren kann. Um mit einem traumatisierten Patienten in einer Sitzung z.B. überhaupt zum Trauma vorzustossen braucht es Vorbereitung, Geduld und Zeit - und nach der Bearbeitung des Traumas muss ich den Patienten ja dann auch wieder zurückbegleiten können ins Hier und Jetzt, damit ich ihn nach der <u>ambulanten</u> Therapie wieder auf die Strasse und nach Hause entlassen kann ohne dass er auf der Strasse verunfallt, in eine Krise gerät oder sich im schlimmsten Fall suizidiert. Dies gilt analog auch für andere schwer erkrankte Patienten verschiedener Diagnoseklassen. Die Reduktion der Minutage würde also unweigerlich dazu führen, dass einmal mehr die Versorgung und Therapie der psychisch Schwerkranken massiv verschlechtert würde und zusätzlich vermehrt Einweisungen und stationäre Therapiesettings erforderlich wären.	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Patientinnen und Patienten, aber auch für die Leistungserbringer, weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche nicht nur einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde, sondern und in erster Linie auch, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung vor allem der psychisch Schwerstkranken eindeutig verschlechtert würde. Dies ist inakzeptabel und kann weder im Interesse der Patienten, noch der Leistungserbringer, aber auch nicht des Bundesrates sein, denn dies würde mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlechterung bei gleichzeitig zumindest mittel- und langfristiger Verteuerung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz führen. 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 deshalb entschieden ab.	
		Klinische Fachkompetenz erforderlich Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt 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**

		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 TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen	
--	--	--	--

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

		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.	
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.		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.	
Error! Reference source not found.		Auf eine weitere Möglichkeit der Kostenersparnis im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich, welche wenig diskutiert wird, möchte ich an dieser Stelle aufmerksam machen: Es sind dies bestimmte Formen von <u>Gruppentherapien</u>, welche in relativ kurzer Zeit (z.B. innerhalb von zehn Sitzungen) substantielle Verbesserungen erbringen können und dies zu Kosten, welche pro Patient massiv geringer ausfallen als in einer Einzeltherapie. Das derzeitige Tarifsysteem setzt dafür allerdings leider keinerlei Anreize, ganz im Gegenteil. Wenn ich heute eine Gruppentherapie durchführe, ist der entsprechende Tarif für die gesamte Gruppe genau gleich wie bei einer Einzeltherapie obwohl eine Gruppentherapie (analoges gilt im übrigen auch bezüglich Familientherapien) im Schnitt für den Therapeuten deutlich anspruchsvoller ist, mehr Vor- und Nachbereitung benötigt sowie auch höhere Ansprüche an die Infrastruktur stellt (z.B. grössere Räume). Dies führt selbstredend dazu, dass deutlich weniger	

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

		Gruppen angeboten werden, als es wünschbar und auch aus ökonomischer Sicht sinnvoll wäre. Hier könnte durch eine einfache tarifarische Massnahme (z.B. Einzeltarif x 2 oder 1,5) ein einfacher aber wirksamer Anreiz geschaffen und auf diese Weise Kosten effektiv gespart werden. Leider wird durch die in der KLV vorgesehene Reduktion der Minutage (Art. 11b Abs.2: für Gruppentherapien sollen neu max. 90 Minuten gelten statt wie bis anhin 105 Minuten) das Potential wirksamer Gruppentherapien noch zusätzlich unterlaufen oder gar vernichtet. Ein Beispiel: Eine seit langem bekannte und bewährte Gruppentherapie für Patienten mit sozialen Phobien, Hemmungen und Interaktionsinsuffizienzen, von der ein breites Kollektiv von Patienten nachhaltig profitieren kann (ursprünglich konzipiert von Hinsch/Pfingsten) wird von mir seit Jahren mit grossem Erfolg durchgeführt. Im ursprünglichen Manual war die Dauer einer Sitzung auf 3 Stunden und mehr festgelegt. Wir erarbeiteten eine Neufassung mit einer Sitzungsdauer von knapp 2 Stunden. Nach vielen Jahren Erfahrung kann ich klar sagen, dass eine weitere Reduktion auf 90 Minuten praktisch nicht umsetzbar ist und bedeuten würde, dass wir dieses Gruppenangebot einstellen müssten, wenn die vorgeschlagene Reduktion umgesetzt würde. Generell kann gesagt werden, dass es kaum vernünftige und effektive Gruppengebote mit einer Sitzungsdauer von weniger als 2 Stunden gibt. Hier sollte also auch im Sinne eines Anreizes, einer Anpassung an die realen Gegebenheiten und schlussendlich insbesondere auch zum Zweck der Kosteneinsparung die <u>maximale Sitzungsdauer nicht reduziert sondern von 105 auf 120 Minuten angehoben werden.</u>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.		Gerne bin ich bereit, Ihnen weitere Erläuterungen mündlich abzugeben. Ich grüsse Sie freundlich Dr. med. Ph. Hurni, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie Allgemeine Innere Medizin FMH	

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

Dr. med. Philipp Hurni
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
sowie Allgemeine Medizin FMH
Villemattstrasse 15
CH-3007 Bern

Bern, den 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 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:
 - o 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».
 - o 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.

- o 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).
- o 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.
- o 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.

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 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).

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 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

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

~~*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, 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.

Weiter ist es mir wichtig, inhaltlich an dieser Stelle zu betonen, dass mir die vorgesehene generelle Reduktion der Sitzungsdauer leider ein Beispiel dafür scheint, wie von Nicht-Fachleuten Sparmassnahmen vorgeschlagen und womöglich beschlossen werden, welche total am Ziel vorbeischiessen und in der Realität das Gegenteil dessen bewirken, was bezweckt werden wollte oder sollte. Es ist bei sehr oberflächlicher aber eben allzu simpler Betrachtung vielleicht naheliegend, mit einer Verkürzung der maximalen Sitzungsdauer Spareffekte erzielen zu wollen. Diese Massnahme würde aber mit Sicherheit zu völlig anderen und nachteiligen Effekten führen:

Schon jetzt ist es in einer betriebswirtschaftlichen Betrachtungsweise eigentlich unsinnig, wenn ich schwer kranke Patienten annehme: Für den gleichen Tarif könnte ich nämlich mit einfacheren Patienten mit weniger Aufwand und weniger Risiko in der Therapie tendentiell mehr erreichen. Wenn ich nun für eine Sitzung beispielsweise mit einem schwer traumatisierten Patienten nur noch max. eine Stunde zur Verfügung habe, kann ich auch mit einer ärztlich-ethischen Haltung diesen Patienten nicht mehr übernehmen, weil ich ihn gar nicht mehr wirklich therapieren kann. Um mit einem traumatisierten Patienten in einer Sitzung z.B. überhaupt zum Trauma vorzustossen braucht es Vorbereitung, Geduld und Zeit - und nach der Bearbeitung des Traumas muss ich den Patienten ja dann auch wieder zurückbegleiten können ins Hier und Jetzt, damit ich ihn nach der ambulanten Therapie wieder aus der Praxis und nach Hause entlassen kann ohne dass er auf der Strasse verunfallt, in eine Krise gerät oder sich im schlimmsten Fall suizidiert. Dies gilt analog auch für andere schwer erkrankte Patienten verschiedener Diagnoseklassen.

Die Reduktion der Minutage würde also unweigerlich dazu führen, dass einmal mehr die Versorgung und Therapie der psychisch Schwerkranken massiv verschlechtert würde und zusätzlich vermehrt Einweisungen und stationäre Therapie-settings erforderlich wären.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Patientinnen und Patienten, aber auch für die Leistungserbringer, weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche nicht nur einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde, sondern und in erster Linie auch, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung vor allem der psychisch Schwerstkranken eindeutig verschlechtert würde.

Dies ist inakzeptabel und kann weder im Interesse der Patienten, noch der Leistungserbringer, aber auch nicht des Bundesrates sein, denn dies würde mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlechterung bei gleichzeitig zumindest mittel- und langfristiger Verteuerung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz führen.

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 deshalb entschieden 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.

Ich bedanke mich, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Gerne bin ich bereit, Ihnen in mündlicher Form meine Anliegen und Bedenken vor dem Hintergrund meiner langjährigen Praxiserfahrung weiter zu erläutern.

Siehe auch Schlussanmerkungen im Dokument „Hurni KVV-KLV VL-Antwort 1“ sowie Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in grey ink, appearing to read 'Dr. Hurni'.

Dr. med. Philipp Hurni

(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-Positionspapier 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	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 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.

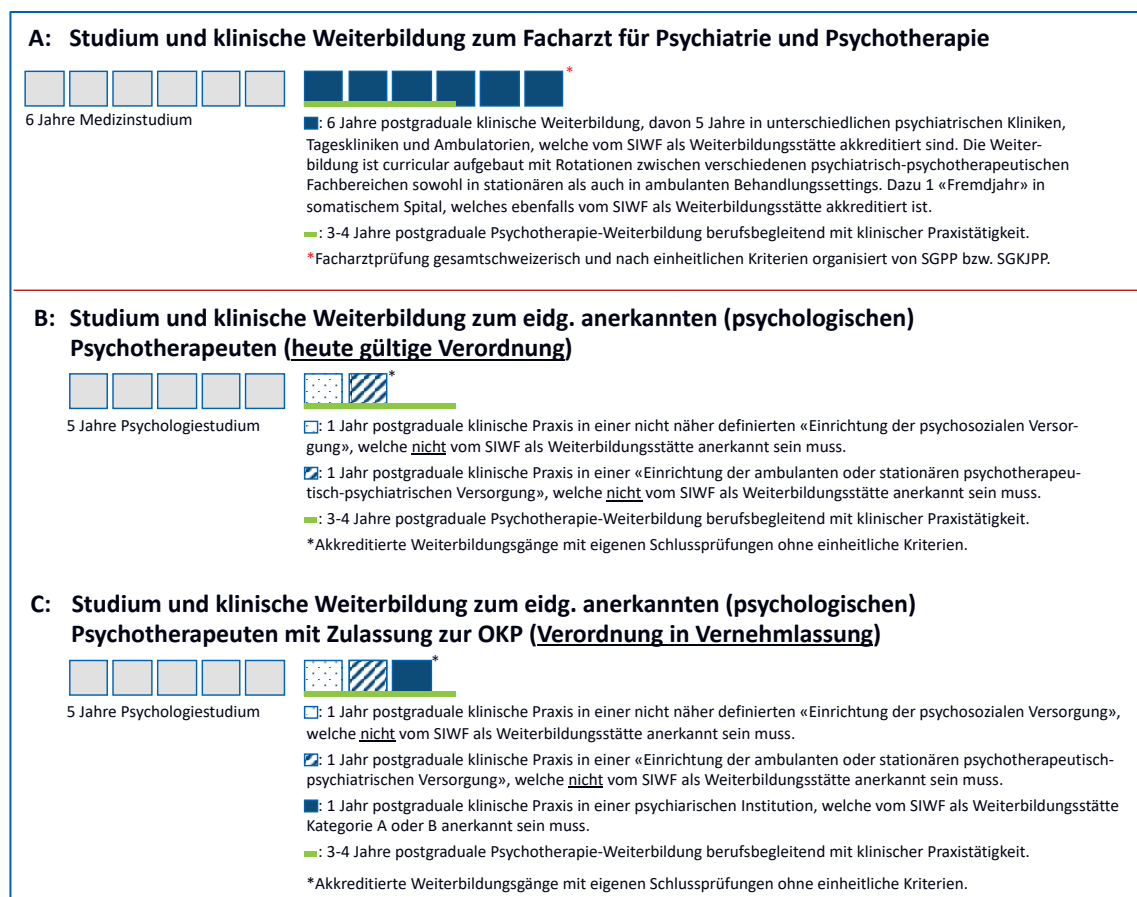


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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 Therapie-resistenz (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 Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle 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-Ärztestatistik 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).

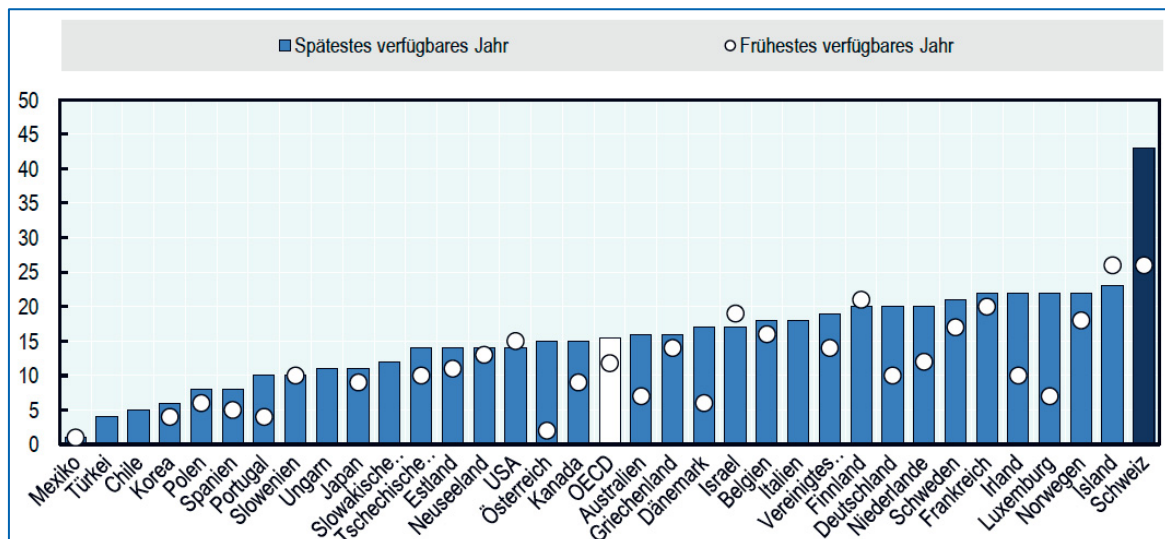


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

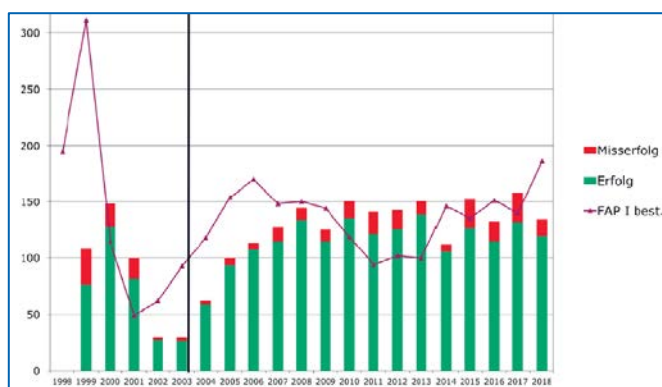


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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-Ärztestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.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.

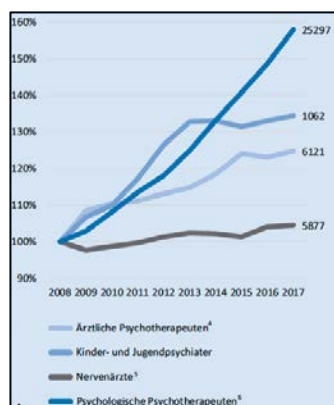


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

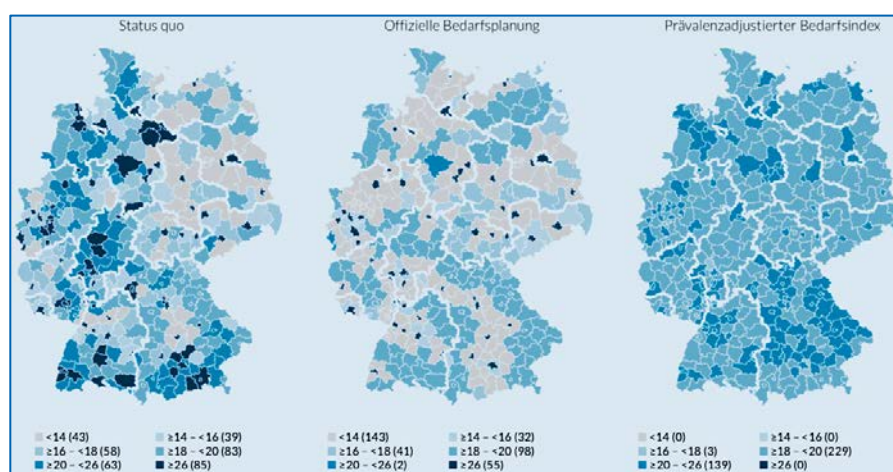


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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 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.

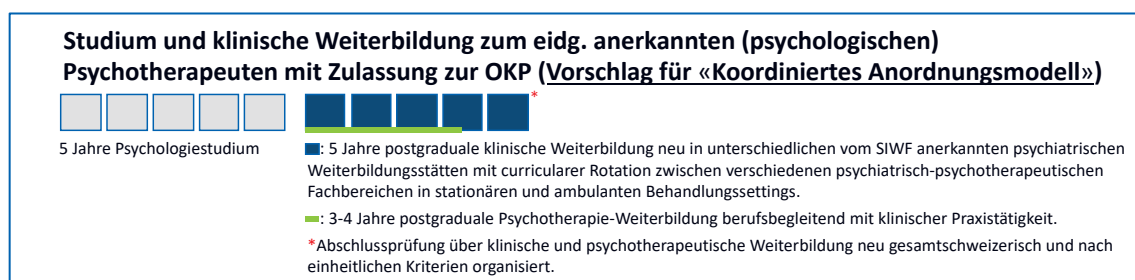


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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 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.

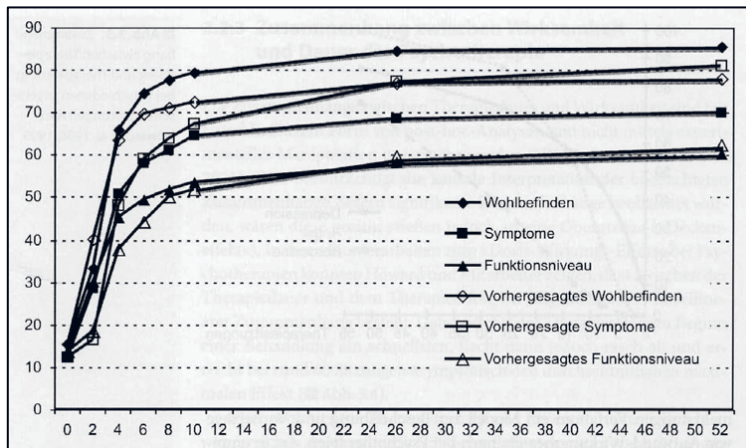


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

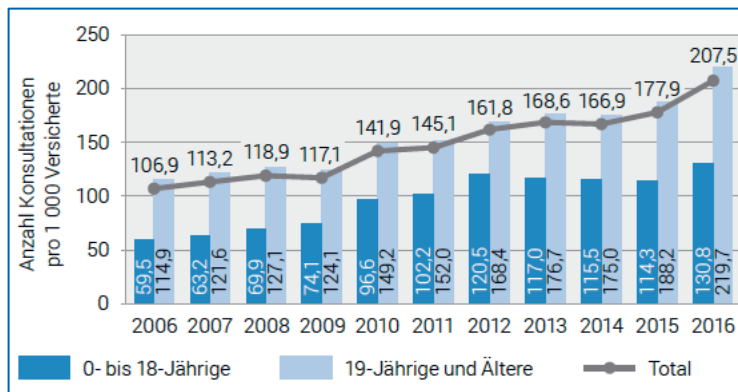


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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.

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-Positionspapier 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	<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 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.

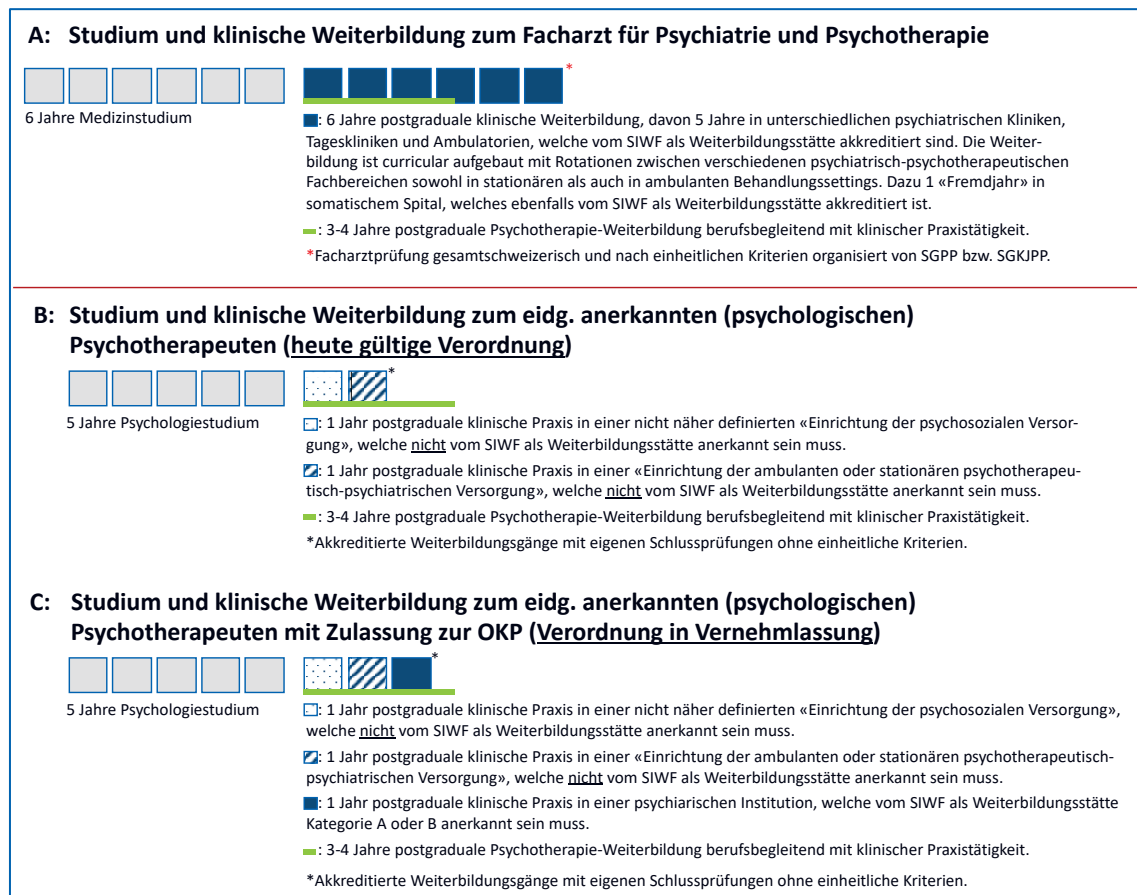


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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 Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle 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 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).

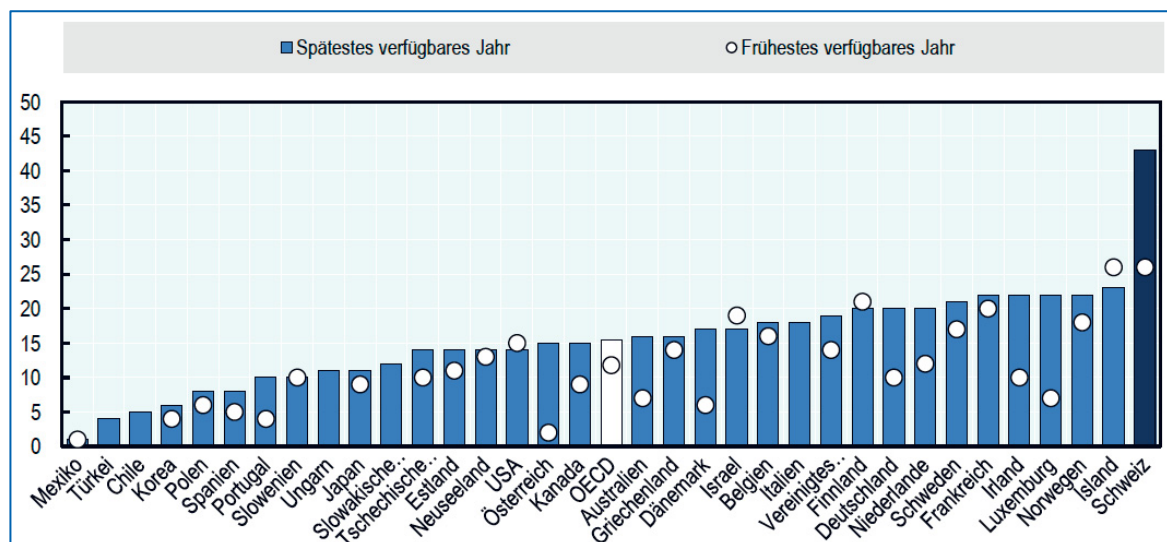


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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 Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.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.

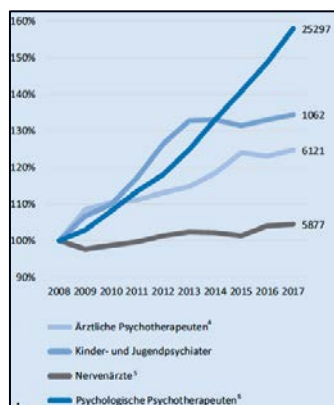


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

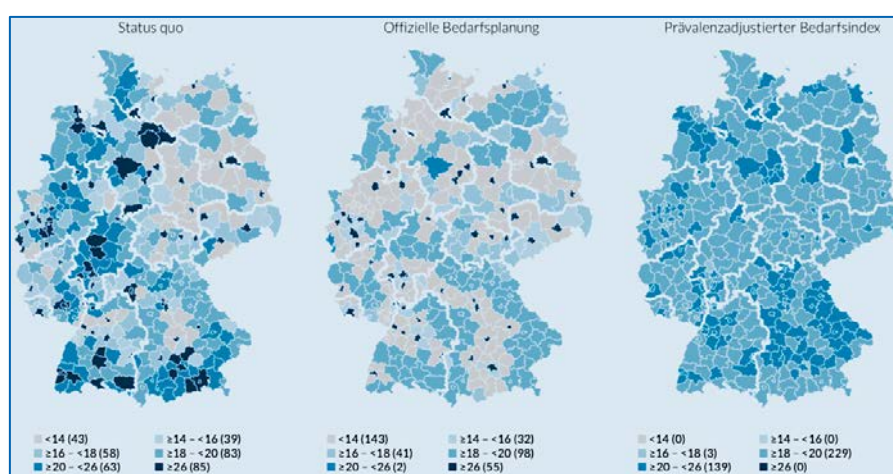


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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/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 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.

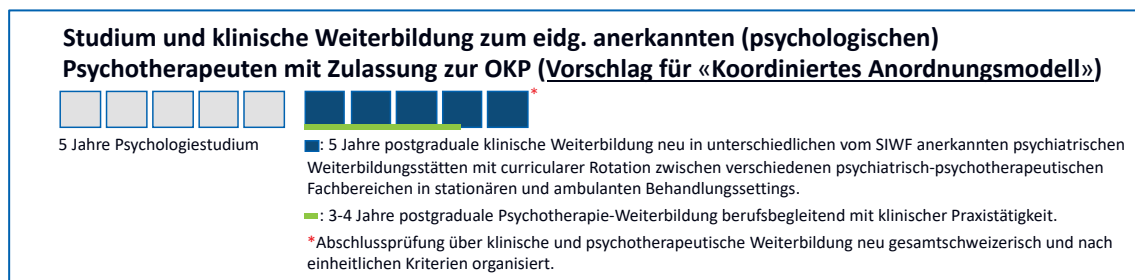


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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.

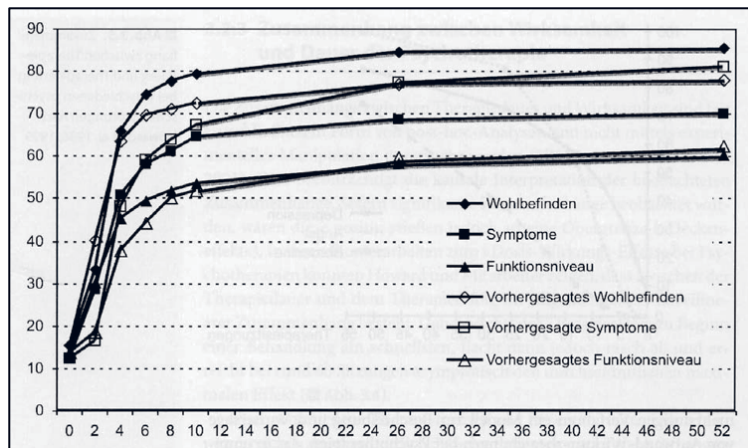


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

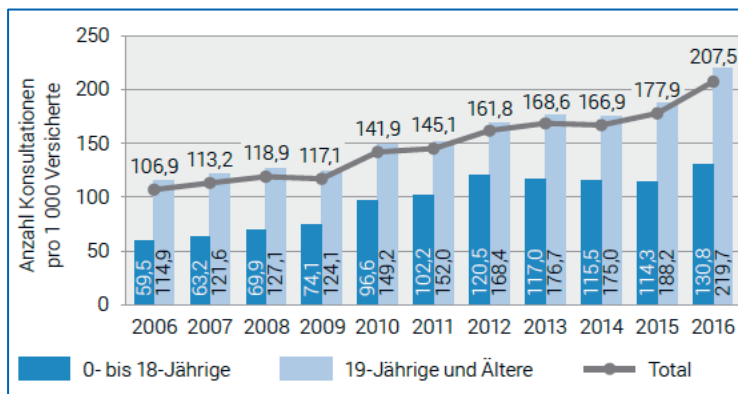


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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.



Regierungsrat, Postfach, 6301 Zug

Nur per E-Mail

Eidgenössisches Departement
des Innern
Herr Bundesrat Alain Berset
Postfach
3003 Bern

Zug, 24. September 2019 sa

Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen (Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]) und der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV])

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme im obengenannten Geschäft und stellen die folgenden Anträge:

1. Auf die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sei zu verzichten.

Begründung: Wir lehnen die Zulassung neuer Leistungserbringer zu Lasten der OKP aus grundsätzlichen Überlegungen ab. Es besteht die Gefahr einer ungerechtfertigten Mengenausweitung und damit auch eines weiteren Anstiegs der Prämien.

2. Betreffend der Änderungen der KVV (Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen) seien die Anträge der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK [Beilage 1]) zu berücksichtigen.

Begründung: Wir verweisen auf die Stellungnahme der GDK zur Änderung der KVV (Beilage).

Freundliche Grüsse
Regierungsrat des Kantons Zug

sign.

Stephan Schleiss
Landammann

sign.

Tobias Moser
Landschreiber

Beilage zum RRB:

- Stellungnahme der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) zur Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen (Änderung der KVV) vom 22. August 2019

Per E-Mail (Beilagen in Word und PDF-Format) an:

- Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch
- Gesundheitsdirektion (info.gd@zg.ch) (PDF-Format)

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

Abkürzung der Firma / Organisation : GDK

Adresse : Speichergasse 6 Postfach 3001 Bern

Kontaktperson : Brigitta Holzberger

Telefon : 031 356 20 35

E-Mail : brigitta.holzberger@gdk-cds.ch

Datum : 22.8.2019

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**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	45	1	b. 3.	Es erscheint folgerichtig, das in Bezug auf Physiotherapeuten ergangene Urteil des Bundesverwaltungsgerichts auf die von Hebammen, Ergotherapeuten und Ernährungsberater erbrachten Leistungen zu übertragen und daher Ziffer 3. bzw. die entsprechenden anderen Bestimmungen aufzuheben. Allerdings stört die Erläuterung hierzu: «Gleiches dürfte auch für die von Hebammen erbrachten Leistungen gelten.»	«Gleiches gilt für die von Hebammen erbrachten Leistungen.»
GDK	45	1	c.	Die Formulierung erweckt den Eindruck, dass es auch noch andere kantonale Bewilligungen als die genannten geben könnte; es wird jedoch nur die Bewilligung nach GesBG sowie diejenige nach bisherigem kantonalen Recht (altrechtlich) geben. Daher: «kantonale Bewilligung» reicht, da entscheidend ist, dass die Hebamme überhaupt über eine kantonale Bewilligung verfügt und damit zur Berufsausübung berechtigt ist;	...»nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG» streichen (überflüssig)
GDK	46			Mit dem Inkrafttreten des GesBG wird der Begriff «selbstständig» durch den Begriff «in eigener fachlicher Verantwortung» ersetzt», so dass dem auch in der KVV Rechnung getragen werden sollte, da das Element der zusätzlich erforderlichen «wirtschaftlichen» Selbstständigkeit in der Formulierung «auf eigene	Formulierung: ...«in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung»

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

				Rechnung» seinen Ausdruck findet, wobei diese Formulierung problemlos auch auf die nicht vom GesBG erfassten Logopäden und Neuropsychologen anwendbar ist.	
GDK	47			s. o. Ausführungen zu Artikel 45 1 c.	... «nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG» streichen (überflüssig)
GDK	47			s. Bemerkung zu Artikel 45 Absatz 1 b. 3.	
GDK	48			s. o. Ausführungen zu Artikel 45 1 c.	... «nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG» streichen (überflüssig)
GDK	48			s. Bemerkung zu Artikel 45 Absatz 1 b. 3.	
GDK	49			s. o. Ausführungen zu Artikel 45 1 c.	... «nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG» streichen (überflüssig)
GDK	50			Keine Bemerkung	
GDK	50a			s. o. Ausführungen zu Artikel 45 1 c.	... «nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG» streichen (überflüssig)
GDK	50a			s. Bemerkung zu Artikel 45 Absatz 1 b. 3.	
GDK	50c	1	c.	In Bezug auf die angestrebte Vermeidung einer unkontrollierten Mengenausweitung sowie die Förderung der Qualität und Koordination der Leistungserbringer mit dem Ziel der Schliessung festgestellter Versorgungslücken ist diese zusätzliche Erfahrungsvoraussetzung als angemessen zu bewerten.	

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

GDK	52d			Keine Bemerkung	
GDK	Übergangsbestimmung	II 1 II 2		Fehler im Text: ...für die selbständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung verfügen, werden...	... «Über eine nach Art. 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die Ausübung der Psychotherapie verfügen» reicht aus: dann könnte man II 1 und II 2 zusammenfassen.
GDK	Übergangsbestimmung	II 3		Diese Bestimmung wäre überflüssig, wenn - wie weiter oben zu Art. 45, 47, 48, 49, 50a vorgeschlagen - der (überflüssige) Verweis auf Art. 12 und 34 GesBG entfielen.	

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Pr. Fd.

Adresse : Hauptstrasse 62 4102 Binningen

Kontaktperson : Dr. Christophe Feinendegen

Telefon : 061 921 90 00

E-Mail : christophe.feinendegen@praxiskronenmatt.ch

Datum : 15.10.2019

**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
Error! Reference source not found.	DIE PRAXIS FEINENDEGEN 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. Pr. Fd.	50	1	c	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	...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).

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

				Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen, Kinder und Jugendliche). 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. 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 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 der bedürftigen Personengruppen wird nicht behoben werden, hingegen wird es	
--	--	--	--	--	--

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

				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. 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. Durch den Wegfall der bisherigen delegierten Psychotherapie und die zukünftig mangelnde	
--	--	--	--	--	--

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

			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. <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 (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut).</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 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found. Pr. Fd.	2, Abs. 1, Bst. B)	Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie? Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig und nicht zielführend. 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. Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden auch gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapie-methoden sind Fragebögen verfahrens-fremde 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.	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**

		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 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. 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	
--	--	--	--

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

		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. 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 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	
--	--	--	--

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

		letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird. 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. <i>FORDERUNG: Die Praxis Feinendegen fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</i>	
Error! Reference source not found.	Art. 3	Kostenübernahme 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.	BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES 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.

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

		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). <i>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i> Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60' 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.	
--	--	---	--

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

		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). Auch hier wird einer befürchteten Mengenausweitung nicht wirksam entgegnet, da sich ein Arbeitstag eines psychotherapeutischen Leistungserbringers nicht verkürzt oder verlängert, wenn Behandlungseinheiten limitiert werden. <i>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</i>	
Error! Reference source not found.	Art. 11b, Bst. A.	Wer kann anordnen? 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.	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; Alternativ: b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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: Die Praxis Feinendegen 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 FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die Praxis Feinendegen die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.	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».
Error! Reference source not found.	Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5	Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen «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» 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	

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

		der Psychotherapie zu stellen.	
--	--	--------------------------------	--

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

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit 01. Okt. 2019					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chemi
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Praxis PPB

Dr. med. S. Hausmann

Spitalackerstrasse 53

3013 Bern

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Bern, 20. 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 Praxis PPB 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 Praxis PPB 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 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 Verordnungsänderungen 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.

- Die Praxis PPB 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 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

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.

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 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

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 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><i>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.</i></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 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 strengerem 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 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 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 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 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 vernehmten 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.

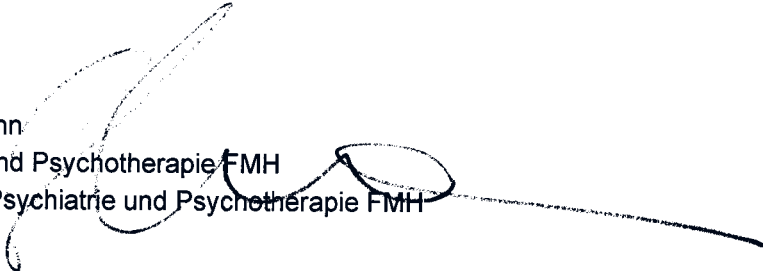
Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Mit besten Grüssen

Dr. med. Susanne Hausmann
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH



Spitalackerstrasse 53
3013 Bern

031 556 15 02

Hausmann@hin.ch

www.praxis-ppb.ch

(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 : Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie im Breitenrain

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxis PPB

Adresse : Spitalackerstrasse 53

Kontaktperson : Dr. med. Susanne Hausmann

Telefon : +41 556 15 02

E-Mail : hausmann@hin.ch

Datum : 20. 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**

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
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.Praxis PPB	I. Zusammenfassung Die Praxis PPB 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 «<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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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> 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)).
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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

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

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 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 Praxis PPB 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**

	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 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.
--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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).

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

	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).
--	--

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	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>	Wir lehnen Art. 46 g. ab 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.	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.	Art.50	Abs.1	c	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> 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> 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	Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. 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.

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

			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	
--	--	--	--	--

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

				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	
--	--	--	--	---	--

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

				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	
--	--	--	--	--	--

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

				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.	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.				II	Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen
				<i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</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. 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	
				<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> 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	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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
Praxis PPB	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.
		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): <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>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i> 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.	
--	--	--	--

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

		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	

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

		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 blossse 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	

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

		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	
--	--	--	--

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

		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.	
--	--	---	--

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

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-Positionspapier 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
Triaplust 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@triaplust.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	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 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.

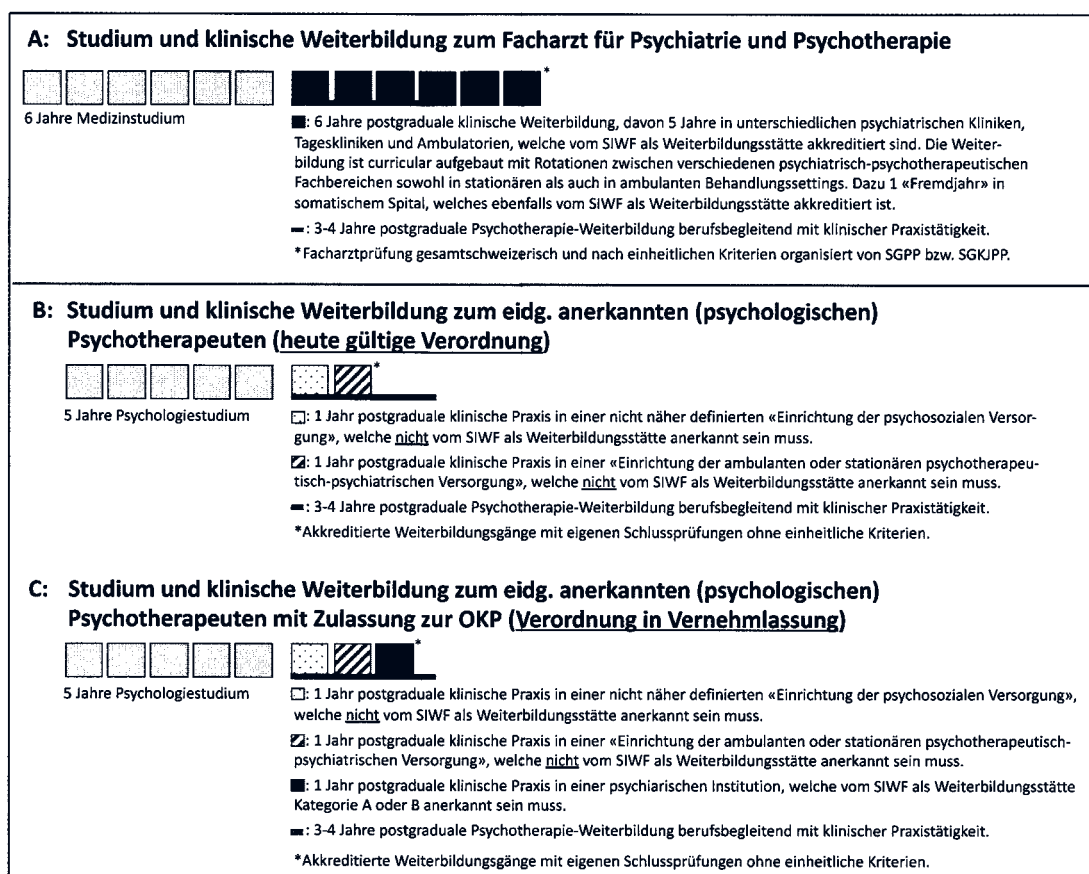


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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 Therapie-resistenz (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 sogenannt 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-Ärztestatistik 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).

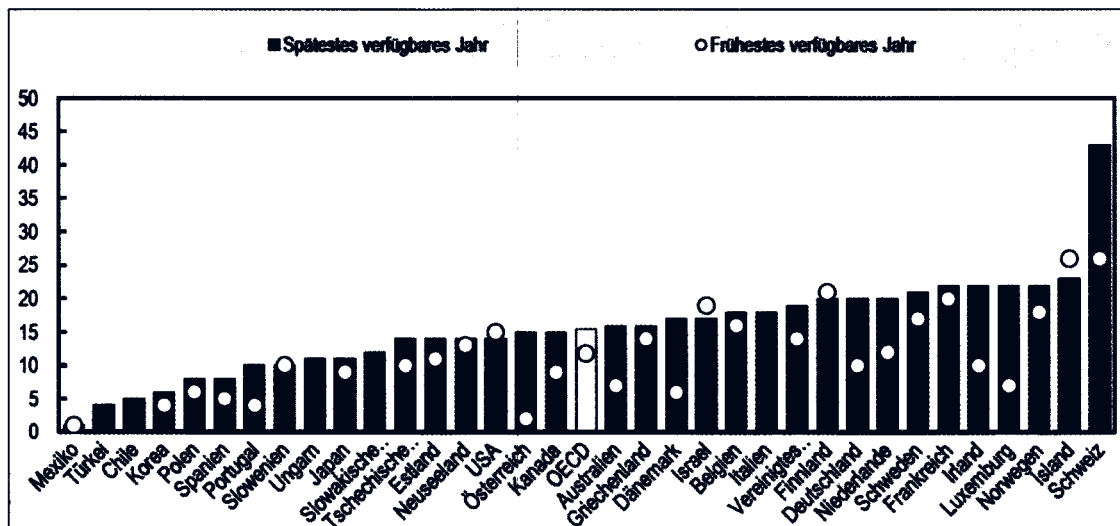


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

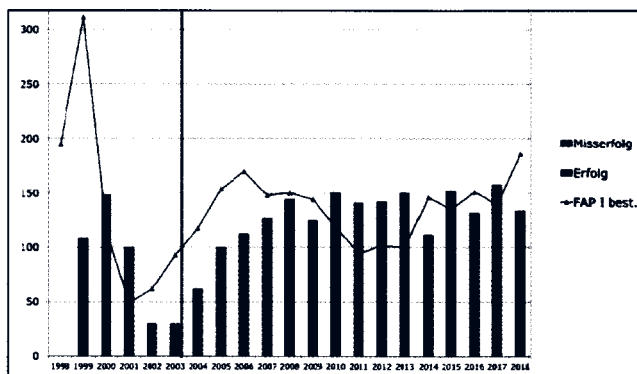


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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 Facharztztitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztteststatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztteststatistik/fmh-aerztteststatistik.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 Tarfsystembedingte 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 Tarfsystem 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 Vernehmlassungsentwurf 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.

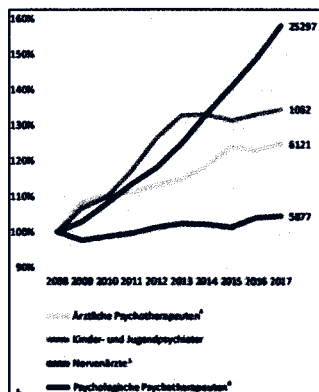


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

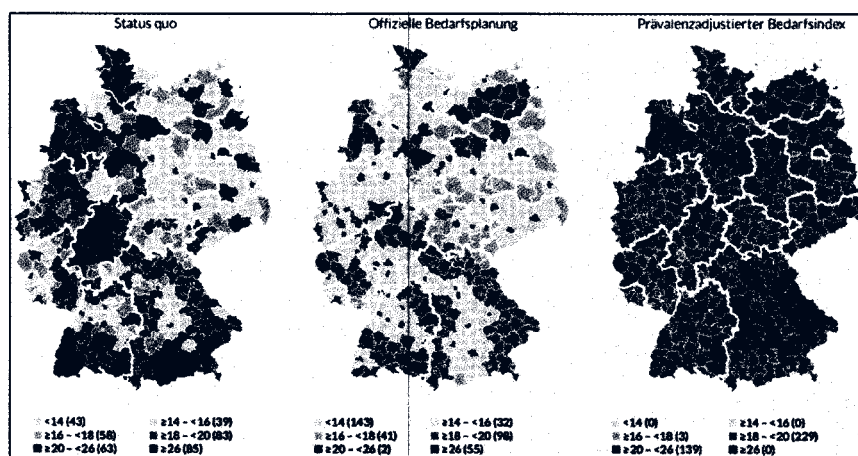


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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 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.

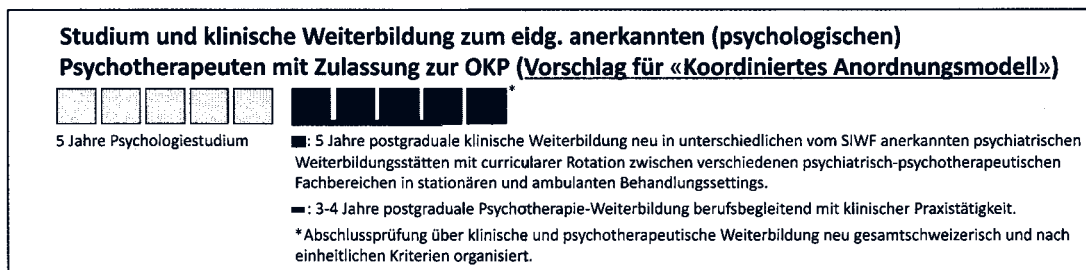


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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.

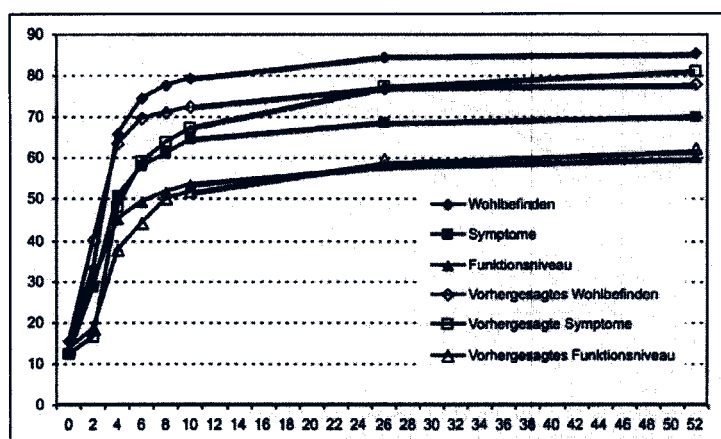


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

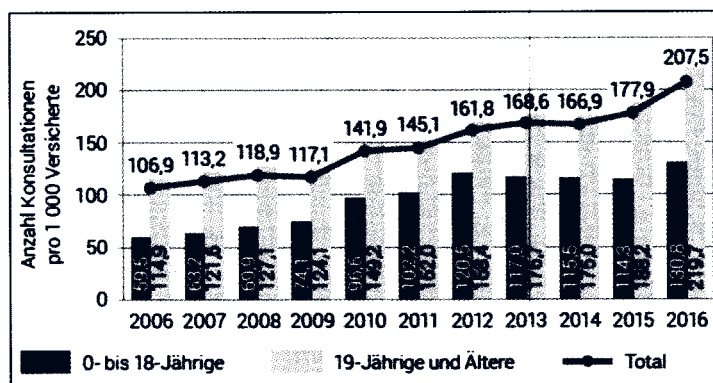


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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.

Stellungnahme zum Vernehmlassungsentwurf des BAG vom 26. Juni 2019 zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP.

Verfasst von der Geschäftsleitung der Psychiatrisch-Psychologischen Praxis psy-bern ag

Einführung

Die Institution psy-bern versorgt Patienten und Patientinnen aus dem ganzen Spektrum der psychiatrischen Störungsbilder, welche störungsspezifisch, nach einem klar strukturierten Vorgehen und nach wissenschaftlich untersuchten und validierten Behandlungsansätzen therapiert werden. Die Behandlung erfolgt interdisziplinär, in verschiedenen Settings (Einzel-, Gruppen-, Familien-, Paartherapie), systemisch (bei Bedarf enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens) und umfasst alle Altersgruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene).

Im Jahr 2018 wurden in der psy-bern insgesamt 2'657 PatientInnen behandelt, davon gegen 800 Neuanmeldungen. Unser Team besteht aus 4 FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie, einem Pädiater und 22 FachpsychologInnen für Psychotherapie. Diese arbeiten als psychologische PsychotherapeutInnen zurzeit noch im Rahmen des Delegationsmodells. Im Jahr 2018 wurden von diesen delegiert arbeitenden psychologischen PsychotherapeutInnen insgesamt 228 diagnostische Abklärungen durchgeführt und 531 neue Patienten behandelt.

Stellungnahme zum Vernehmlassungsentwurf

In unserer Praxis werden durch psychologische PsychotherapeutInnen nicht nur Psychotherapien im engeren Sinne nach KLV Art. 2 und 3 durchgeführt, sondern ebenfalls Psychotherapien von komplexeren Fällen, vorwiegend sozialpsychiatrischen Patienten, die über längere Zeiträume notwendig sind. Solche Fälle entsprechen der so genannten Integrierten Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Behandlung (IPPB) im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Grundversorgung und werden in der heutigen klinischen Realität schon länger nicht mehr nur durch psychiatrische, also ärztliche Psychotherapeuten behandelt, wie es die Definition gemäss Schweizerischer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP 2010) vorsieht. Um die Versorgung gewährleisten zu können, werden in der Schweiz heutzutage in verschiedenen psychiatrischen Institutionen und niedergelassenen Praxen wie der psy-bern ebenso zu einem bedeutenden Anteil im Rahmen der delegierten Psychotherapie solche IPPB-Fälle interdisziplinär behandelt. Dabei liegt die Fallführung, welche meist auch die komplexe interdisziplinäre und inter-institutionelle Koordination auch mit Behörden beinhaltet, bei den psychologischen PsychotherapeutInnen. Somit tragen schon heute psychologische PsychotherapeutInnen, die im Rahmen des Delegationsmodells arbeiten, massgeblich zur ambulanten Versorgung bei und helfen somit auch dazu bei, teure wiederholte stationäre oder teilstationäre Behandlungen zu vermeiden, u.a. auch durch Vernetzung mit ambulanten psychiatrischen Spitexdiensten oder weiteren gemeindenahen sozialpsychiatrischen Angeboten.



Da laut Definition der SGPP 2010 die IPPB jedoch in der exklusiven Kompetenz des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie liegt, werden IPPB-Fälle, sobald die Psychotherapie im Delegiertenverfahren durchgeführt wird, von Krankenversicherungen in der Regel automatisch als eng umschriebene Psychotherapie nach KLV Artikel 2 und 3 behandelt. Somit muss auch bei PatientInnen, die als komplexe sozialpsychiatrische Fälle zu behandeln sind, nach 40 Sitzungen jeweils wieder eine Kostengutsprache für die Fortführung der Behandlung bei der Krankenversicherung eingeholt werden («Bringschuld zur Berichterstattung» des delegierenden Arztes und behandelnden psychologischen Psychotherapeuten).

Erst in letzter Zeit wird dieses Vorgehen nun erfreulicherweise auch zunehmend von einigen Krankenversicherungen allmählich der aktuellen Realität der klinischen Versorgung angepasst. Dies indem auch Leistungen von IPPB-Fällen, die von psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der delegierten Psychotherapie erbracht werden, trotz der Definition der SGPP vom 2010 als IPPB-Fälle anerkannt werden, und damit auch die «Holschuld zur Berichterstattung» bei der Krankenversicherung liegt.

Die Neuregelung gemäss Vernehmlassung zum Anordnungsmodell sieht nun eine neue Anordnung bereits nach 15 Sitzungen vor. Zudem soll bereits nach 30 Sitzungen, nicht wie bisher nach 40 Sitzungen, durch den anordnenden Arzt eine neue Kostengutsprache bei der Krankenversicherung eingeholt werden. Dies entspricht dem Rahmen von Kurztherapien, wie sie in leichteren, einfacheren Fällen vorwiegend bei eng umschriebenen neurotischen Störungsbildern durchaus erfolgreich abgeschlossen werden können. Solche Fälle sind jedoch im Rahmen der psychiatrischen Grundversorgung generell, und bei spezifischen psychiatrischen Störungsbildern im speziellen, selten, und werden bisher wohl meist durch niedergelassene psychologische PsychotherapeutInnen in eigener Praxis über die Zusatzversicherung oder privat abgerechnet. Dies mitunter aufgrund der Tatsache, dass die wenigsten psychiatrischen PatientInnen, wie sie im Rahmen der IPPB therapiert werden, über eine Zusatzversicherung und/oder genug finanzielle Mittel verfügen, um eine solche Behandlung bezahlen zu können. Solche Fälle werden deshalb schon länger auch durch psychologische PsychotherapeutInnen behandelt, die im Rahmen des Delegationsmodells bei einem Arzt angestellt sind. Dabei ist auch davon auszugehen, dass die in der Strukturhebung der FSP durchschnittliche Anzahl Sitzungen Psychotherapie von 29 wohl nicht die Realität der Grundversorgung im Rahmen der delegierten Psychotherapie abbildet.

Es ist somit klar davon auszugehen, dass der administrative Aufwand bei den vorgeschlagenen Limiten von 15 Sitzungen für die neue Anordnung und 30 Sitzungen für die Berichterstattung durch den anordnenden Arzt unverhältnismässig hoch wird, und damit auch mit vermehrten Kosten im Sinne von Leistung in Abwesenheit der Patienten zu rechnen ist. Dies vor allem in mittleren und grösseren klinischen Institutionen wie unserer Praxis, in denen interdisziplinär Patienten aus dem gesamten Spektrum der psychiatrischen Versorgung in enger Zusammenarbeit von ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen behandelt werden.



Wir erachten es deshalb als dringend notwendig, dass die bisherige Regelung von 40 Therapiesitzungen bis zur ersten Berichterstattung auch nach Inkraftsetzung des Anordnungsmodells beibehalten wird.

Dabei sollte zu diesem Zeitpunkt festgelegt werden, ob es sich um eine eng umschriebene Psychotherapie nach Artikel 2 und 3 des KLV handelt, oder um eine IPPB. Wie es im bisherigen klinischen Alltag auch schon gehandhabt wird, werden dann weiterhin auch psychologische PsychotherapeutInnen in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit dem anordnenden Arzt und anderen beteiligten Fachleuten, Institutionen und Behörden, die Fallführung solcher IPPB-Fälle übernehmen. Vorzugsweise und wiederum der vorherrschenden klinischen Realität entsprechend, wäre in solchen Fällen dann auch die «Holschuld zur Berichterstattung» bei der Krankenversicherung und nicht mehr wie bei eng umschriebenen Psychotherapien nach KLV Artikel 2 und 3 die «Bringschuld zur Berichterstattung» bei den anordnenden ÄrztInnen. Mit den Voraussetzungen zur Arbeit nach ärztlicher Anordnung, wie sie in der Vernehmlassung unter 2.6. erläutert sind, wird notabene auch die Qualifikation von psychologischen PsychotherapeutInnen erfüllt, wie sie für die fallführende interdisziplinäre Therapie von IPPB-Fällen notwendig ist.

Bezüglich der Voraussetzungen für die psychologische Psychotherapie ist in der Vernehmlassung vorgesehen, dass der anordnende Arzt verantwortlich dafür ist, die Kostengutsprache bei der Krankenversicherung einzuholen. Da jedoch nur FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie ÄrztInnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) über das entsprechende Fachwissen verfügen, sollte es in der Verantwortung der psychologischen PsychotherapeutInnen sein, beim Krankenversicherer die Fortführung der Psychotherapie zu beantragen.

Schliesslich ist an diesem Punkt auch die Limitierung von Leistungen in Abwesenheit (LiAb) auf 4 Std./Halbjahr gemäss Tarmed Revision zu erwähnen. Gerade bei komplexeren IPPB-Fällen und auch aufwändigeren Psychotherapien im engeren Sinne gemäss KLV Artikel 2 und 3, und insbesondere im Kinder- und Jugendbereich, fallen in der Regel viele solche Leistungen an. Dies u.a. durch die intensive Zusammenarbeit mit verschiedenen Stellen (im Kinder- und Jugendbereich auch Schule, Eltern, Behörden etc.). Die Limitation von LiAb ist somit nach der Tarmed Revision von 2018 in vielen Fällen sehr eng und in manchen Fällen sind diese Leistungen nicht ausreichend verrechenbar. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der häufigen Berichterstattung und dem engen Austausch mit anordnenden ÄrztInnen, sowie der geforderten Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik zur Qualitätssicherung, wie es in der Vernehmlassung vorgesehenen Form verlangt wird, diese Limitation von 4 Std. LiAb pro Halbjahr zu einem noch grösseren Problem wird. Wie erwähnt ist sowohl bei komplexeren Fällen im Erwachsenenbereich als vor allem auch im Kinder- und Jugendbereich eine ausreichende Qualität der Behandlung auch mit höheren LiAb verbunden, schlicht weil deutlich mehr Leistungen, die nicht direkt am Patienten erbracht werden, normalerweise zu einer «state of the art» Psychotherapie dazu gehören.

An dieser Stelle ist es wichtig, auch noch auf den Aspekt der Qualitätssicherung in der Vernehmlassung einzugehen. Wenn auch eine solche Qualitätssicherung mit Eingangs-, Verlaufs- und Erfolgsdokumentation (die bisher bei ärztlichen PsychotherapeutInnen nie gefordert wurde), grundsätzlich zu begrüssen ist, müssten u.E. zwei Bedingungen gewährleistet sein:



Erstens sollten wiederum Fälle, welche einer Psychotherapie im engeren Sinne gemäss KLV Artikel 2 und 3 entsprechen, von sogenannten IPPB-Fällen unterschieden und differenziert werden. Konkret müssten bspw. Therapieziele, Therapieverlauf und Dauer sowie die Erfolgskriterien bei einer psychologischen Psychotherapie eines Patienten mit reiner Agoraphobie mit Panikstörung ohne Komorbidität doch deutlich unterschieden werden von PatientInnen, die längerfristig bspw. mit chronischer Depression oder Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis supportiv ambulant durch psychologische PsychotherapeutInnen in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit ÄrztInnen betreut werden. Schliesslich ist auch die Abrechenbarkeit solcher qualitätssichernden Leistungen in der Vernehmlassung nicht erwähnt. Sollten diese Leistungen ebenfalls im Rahmen der aktuellen Limitation von 4 Std./PatientIn und Halbjahr erbracht werden, wird es bei komplexeren Fällen und wiederum insbesondere im Kinder- und Jugendbereich schlichtweg nicht mehr möglich sein, die Versorgung zu gewährleisten. Beispielhaft sei hier erwähnt, dass in unserer Praxis schon jetzt, seit der Tarmed Revision 2018, im Erwachsenen- und KJ-Bereich bei gegebener Indikation keine diagnostischen Untersuchungen von Autismus-Spektrum-Störung mehr durchgeführt werden können, da diese Untersuchungen, wenn sie gemäss den aktuell geltenden Standards erfolgen, mit höheren LiAb verbunden und mit ausreichender Qualität nicht mehr kostendeckend sind. Dies obwohl der Bedarf für solche Abklärungsstellen hoch ist.

Auch müsste u.E. bezüglich der Qualitätssicherung mehr differenziert werden. So ist es bei gewissen (eher leichten) Störungsbildern wie bspw. Anpassungsstörungen essentiell, dass belastende Faktoren identifiziert werden und die ersten Therapiesitzungen dafür genutzt werden, nach schnell wirksamen Entlastungsmöglichkeiten zu suchen. Wenn diese Sitzungen mit einer vorgegebenen, standardisierten Diagnostik verwendet werden, könnte es zu einer unnötigen Verzögerung und Verlängerung der akuten Belastung kommen und allenfalls zu einer Chronifizierung. Dies führte dann insgesamt zu mehr Therapiesitzungen und zu mehr Kosten, obwohl dies mit einem pragmatischeren Ansatz hätte verhindert werden können.

Ein weiterer Kritikpunkt am Vernehmlassungsentwurf gilt der vorgesehenen Präzisierung der in der Sitzung maximal enthaltenen Zeit (60 Min. bei Einzeltherapie; 90 bei Gruppentherapie). Im klinischen Alltag sind aktuell (nicht nur in unserer Praxis) Sprech-Stunden von 60 Minuten eher die Regel, nicht 50 Minuten, wie in der Vernehmlassung erwähnt. Hinzu kommen noch Leistungen zur Vor- und Nachbereitung, die ebenfalls als Leistungen in Anwesenheit der Pat. (LiA) verrechnet werden können/müssen. Wiederum sowohl im Erwachsenenbereich, als vor allem auch im Kinder- und Jugendbereich, sind bspw. bei gewissen Therapieansätzen, Kriseninterventionen, Standortgesprächen oder Sitzungen mit Angehörigen mehr als 60 Minuten pro Sitzung notwendig. Die Limitierung auf 60 Min. ist somit aus unserer Sicht absolut unrealistisch und für eine gute Qualität der Psychotherapie in vielen Fällen nicht ausreichend. Und die oft aufwändigere Vor- und Nachbereitung solcher Sitzungen ist dabei noch nicht mitgerechnet. Beispielsweise wird durch diese zeitliche Limitierung eine Traumatherapie praktisch unmöglich. In solchen Fällen ist bei fehlenden Behandlungsmöglichkeiten mit einer Chronifizierung und zusätzlichen Komorbiditäten zu rechnen, was notabene zu höheren Kosten führen wird.



Auch der Aussage im Vernehmlassungsentwurf, dass Psychotherapie auch in kleineren Einheiten von 30 Minuten durchführbar sei, möchten wir deutlich widersprechen. 30-Minuten-Termine können Kontrolltermine sein oder z.B. bei einem Coaching durchaus sinnvoll, aber nicht bei einer Psychotherapie im engeren Sinne, von der hier die Rede ist.

Schliesslich werden in der Vernehmlassung Sitzungen im Paarsetting nicht erwähnt. Unter systemischen Gesichtspunkten ist auch bei Einzeltherapien der Einbezug von Lebenspartner und Angehörigen in die Behandlung für eine gute Qualität oft sehr zentral. Für solche Therapiesitzungen reichen in der Regel 50 Minuten (mit Vor- und Nachbereitung 60 Minuten), wie es in der Vernehmlassung vorgesehen ist, nicht aus. Es sei nochmals erwähnt, dass diese zeitliche Limitation sowohl im Erwachsenenbereich, als vor allem auch im Kinder- und Jugendbereich ganz klar zu einer nicht mehr ausreichenden Versorgung und somit zu Qualitätseinbussen führen wird.

Wir erachten es deshalb als dringend notwendig, dass die bisherige und aktuell geltende Regelung betreffend die zeitlichen Limitation von maximal zweimal 90 Minuten abrechenbaren LiA pro Woche, gültig sowohl für Psychotherapie im Einzel, Paar/Angehörigen- und Gruppensetting, auch nach Inkraftsetzung des Anordnungsmodells beibehalten wird.

Bern, den 13. September 2019

Für die Geschäftsleitung:

Dr. med. Jürg Grossenbacher, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Chefarzt psy-bern.

Dr. phil. Marc Lächler, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut, Leitender Psychologe psy-bern.

Lic. phil. Franziska Schneeberger, Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin, Leitung Administration und Personalwesen psy-bern.

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Psychiatrie und Psychotherapie Worb

Adresse : Bernstrasse 21 E 3076 Worb

Kontaktperson : Dr. Iliescu

Telefon : 076 563 42 87

E-Mail : praxisiliescu@hin.ch

Datum : 26.09.2019

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
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	DIE PRAXIS DR. ILIESCU LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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>
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.	50	1	c	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	...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 (Aufnahmezwang mit breitem Krankheitsspektrum).

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

				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). 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 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	
--	--	--	--	---	--

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

			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) 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. <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. 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</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**

				<i>(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.</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). Die Praxis Dr. Iliescu unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.				Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2: 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	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**

				Art.11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann. Die erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. 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.	
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 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	2, Abs. 1, Bst. B)	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 vom Krankheitsbild, 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, 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	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**

		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 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. 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	
--	--	--	--

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

		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? Somit würde letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird. <i>FORDERUNG: Die Praxis Dr. Iliescu fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</i>	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 3	Kostenübernahme 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. 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). Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen	BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES 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.

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

		Aufwandes einher, ohne erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. –zahler. FORDERUNG: <i>Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i> Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60' 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. FORDERUNG: <i>Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</i>	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 11b, Bst. A.	Wer kann anordnen? Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche	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

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

		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. <i>FORDERUNG: Die Praxis Dr. Iliescu 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> <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>	Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin; Alternativ: 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».
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5	Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen «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» Wie kann die Ärztin, der Arzt objektiv urteilen ohne Einbezug in 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**

werden.			
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**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		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! FORDERUNG: Die SGPP und die SGKJPP sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.	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!
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		Übergangsbestimmung zur Änderung vom... 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.	Übergangsbestimmung zur Änderung vom... Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		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	

Bundesamt für Gesundheit
Herr Bundesrat Berse
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

*Praxisgemeinschaft Schlüsselberg
Freie Strasse 27
4001 Basel*

Basel, den 10.9.19

Zum Vernehmlassungsentwurf Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren

Mit grossem Interesse haben wir die letzten Jahre der Auseinandersetzung um die Stellung und verbesserte Integration der psychologischen Psychotherapie in das schweizerische Gesundheitswesen verfolgt. Wir erlauben uns hiermit, zum am 26. Juni 2019 publizierten Vernehmlassungsentwurf Stellung zu nehmen und die Perspektive von langjährig tätigen, in unterschiedlichen Bereichen spezialisierten psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einzubringen. Unsere Position basiert auf langjährigen Aus-, Weiter- und Fortbildungen in unterschiedlichen Bereichen, Karrieren im wissenschaftlichen Bereich und diversen Institutionen der psychologischen und medizinischen Grundversorgung, langjährigem berufspolitischen Engagement und den Erfahrungen als Inhaberinnen und Inhaber einer Praxis für Psychotherapie ohne Delegation im Kanton Basel.

Dringend notwendiger Wechsel vom Delegationsmodell zum Anordnungsmodell

Auf dem Hintergrund dieser Expertise besteht eine grundlegende Klarheit darüber, dass das Delegationsmodell abgelöst werden muss, damit alle Menschen in der Schweiz, Kinder und Erwachsene, Zugang zu einer kompetenten fachlich hochstehenden Psychotherapie erhalten. Wir begrüssen deshalb den Vorschlag des Bundesrats zum Anordnungsmodell vom 26. Juni 2019. Angestrebt wird eine gleichberechtigte Basisversorgung der bedürftigen Bürgerinnen und Bürger. Neben der Möglichkeit, in der Anstellung eines Psychiaters psychotherapeutisch zu arbeiten (Delegation), ist die aktuelle Situation in der Schweiz so, dass ein grosser Teil hochqualifizierter Psychologinnen und Psychologen mit einer eidgenössischen Anerkennung in Psychotherapie selbständig und nicht in Delegation arbeiten. Sie leisten einen grossen Teil der psychologischen Gesundheitsversorgung. Die Behandlungskosten müssen vom Patienten selbst getragen werden, falls vorhanden werden sie über eine Zusatzversicherung teilerstattet. Auf diese Weise ist bisher in der Versorgung von psychisch belasteten Erwachsenen und Kindern eine Zweiklassenmedizin entstanden, die keinesfalls wünschenswert ist und gegen die Grundprinzipien der Chancengleichheit und des Rechtes auf Gleichbehandlung verstösst. Die Versorgung von psychisch belasteten Erwachsenen und Kindern ist auch in unserem städtischen Gebiet ungenügend. Die Nachfrage nach Therapieplätzen in unserer Gemeinschaftspraxis der selbständigen psychologischen Psychotherapie ist hoch. In unserem Arbeitsalltag zeigt sich dies so, dass sich Menschen in psychischer Notlage an uns wenden, telefonisch eine erste Abklärung stattfindet und unsere Dienstleistungen – obwohl indiziert – nicht in Anspruch nehmen können, wenn die sozioökonomische Situation des Betroffenen dies nicht erlaubt. Dies ist für uns eine untragbare und unethische Situation.

Return of investment in der psychologischen Psychotherapie

Mit den durch das Psychologielgesetz eingeführten Akkreditierungsprozessen für Psychotherapie sowie für die Grundausbildung in Psychologie auf Masterniveau investiert der Bund viel in die Aus- und Weiterbildung und damit in eine qualitativ hochstehende psychische Gesundheitsversorgung des Volkes. Ohne einen offenen und gleichberechtigten Zugang zur psychologischen Psychotherapie wird die Kette Studium – Weiterbildung – Praxis – Versorgung der bedürftigen Bürgerinnen und Bürger aber unterbrochen. Die durch den Bund getätigten Investitionen werden entsprechend nicht nutzbringend eingesetzt.

Weiterbildung in psychologischer Psychotherapie

Eine Arbeitsleistung von drei klinischen Jahren als Bedingung für die Zulassung als psychologischer Psychotherapeut finden wir begrüßenswert, da vermehrte empirische Erfahrung zur fachlichen Kompetenz beiträgt. Wichtig ist, dass diese Assistenzjahre analog zur Weiterbildung der ärztlichen Psychotherapeuten unter Supervision einer kompetenten psychologischen Fachperson in leitender Funktion oder/und Praxisinhaberin oder -inhaber mit guter Ausbildung stattfindet. Dies kann im ambulanten oder stationären Setting sein.

Wirksamkeit psychologische Psychotherapie

Die wissenschaftliche Grundlage für die Wirksamkeit von Psychotherapie in der Behandlung von psychischen Störungen ist in vielen Primärstudien und Metaanalysen ausreichend und mit guten Effektstärken belegt. Die Studien untersuchen und belegen die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Methode oder einzelnen Interventionen und nicht einer Grundausbildung in Medizin oder Psychologie. Entsprechend hat die Ungleichbehandlung von psychotherapeutischen Dienstleistungen eine rein (standes)politische und keinerlei inhaltlich begründbare Grundlage. Bei genauerer Analyse zeigt sich auch, dass die Mehrzahl der Wirksamkeitsnachweise auf Studien basieren, in denen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit psychologischer Grundausbildung mitwirkten.

Einstiegs- Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik

Eine sorgfältige Evaluation der geleisteten Arbeit gehört unserer Ansicht nach zum Golden Standard jeder wissenschaftlich fundierten Psychotherapie und ist somit einfach zu akzeptieren. Sie entspricht in jeder Weise unseren Qualitätsansprüchen an psychotherapeutische Arbeit und leitet seit jeher unser Entscheiden und Handeln.

Die ärztliche Anordnung

Die Anordnung der Psychotherapie durch den Hausarzt oder Kinderarzt, sowie anderen ärztlichen Disziplinen, die in der Grundversorgung tätig sind, ist eine grundlegende Bedingung dafür, dass alle Schweizerinnen und Schweizer, unabhängig von Wohnort und sozialem Status, Zugang zu psychologischer Psychotherapie erhalten. Ebenso ist die Versorgung von körperlich schwer oder chronisch kranken Menschen, die aufgrund ihrer somatischen Erkrankung eine psychische Komorbidität entwickeln, eine Grundbedingung eines qualitativ hochstehenden Gesundheitssystems. Das Anordnungsmodell trägt dem Rechnung, indem Leistungen für Kriseninterventionen und Kurztherapien von Fachärzten aller somatischer Disziplinen angeordnet werden können. Dadurch wird eine Grundlage geschaffen, die Ziele anderer Gesundheitsprogramme, beispielsweise der Nationalen Strategien gegen Krebs zu erreichen, das fordert, dass psychoonkologische Angebote als zwingender Standard in den Patientenpfad eingebaut werden. Genau so müssen

psychologische Konsilien und Begleitungen integraler Bestandteil des Diabetesmanagement bei Kindern sind und muss die Behandlung von chronischen Schmerzen multimodal inklusive Psychotherapie erfolgen, um den Evidenzkriterien zu entsprechen. Aus unserer Erfahrung ist es in der Gesundheitsversorgung und im Sozialwesen zentral, vernetzt zu denken und zu handeln, um die bestehende Fragmentierung zu reduzieren.

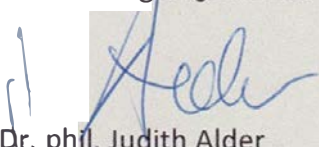
Anzahl Sitzungen

Einer Begrenzung der Behandlung auf 15 resp. 30 Sitzungen auf ärztliche Anordnung hin stimmen wir zu. Es werden sorgfältige Evaluationen nötig sein, damit auch für Menschen mit chronifizierten, schweren Störungen Behandlungskontinuität gewährleistet wird.

Kosten(ausweitung)

Wie vom Bundesrat richtigerweise bereits vorweggenommen, wird es zu einer Verschiebung der Kosten vom privaten Bürger und von den Zusatzversicherungen zu den Krankenkassen kommen. Diese Kosten werden zu einer besseren und rascheren Versorgung der Patientinnen und Patienten und deren Familien in der Schweiz beitragen und der zunehmenden Anzahl von psychisch belasteten Menschen Rechnung tragen.

Wir bedanken uns an dieser Stelle für die Ausarbeitung des Vernehmlassungsentwurf und stehen für Fragen gerne zur Verfügung



PD Dr. phil. Judith Alder
eidg. anerkannte Psychotherapeutin



M.Sc. Gassan Gradwohl
eidg. anerkannter Psychotherapeut



lic. phil. Silvia Hatebur
eidg. anerkannte Psychotherapeutin



lic. phil. Mirjam Meury
eidg. anerkannte Psychotherapeutin



Dr. phil. Binia Roth
eidg. anerkannte Psychotherapeutin



lic. phil. Peter Würsch
eidg. anerkannter Psychotherapeut



Dr. iur. Christian von Wartburg,
SP-Grossrat Basel-Stadt, Anwalt

Anhang I

Einige Fallbeispiele aus unserer Praxis

Abbruch Anorexiebehandlung

Die jugendliche Patientin S. wurde bei Anmeldung auf die Kostenhintergründe einer Therapie bei einer selbständigen psychologischen Psychotherapeutin hingewiesen. Die Familie war der Überzeugung, dass die Zusatzversicherung die Behandlung übernehmen würde.

In enger Zusammenarbeit mit den Kinderärzten wurde nebst einer gründlichen somatischen Untersuchung eine Gewichtskontrolle in die Wege geleitet, ein Gewichtszunahmevertrag entworfen, sowie wöchentliche Einzelsitzungen mit der Patientin, Familiensitzungen und Elterngespräche anberaumt, wie es aktuell dem goldenen Standard entspricht. S. sprach sehr gut auf das Behandlungsangebot an, nahm an Gewicht zu und konnte in den ersten Wochen bereits einige Themen reflektieren. Die Prognose war sehr günstig für diese schwere Erkrankung. Nach 3 Monaten wurde die Therapeutin von den Eltern kontaktiert, die den Anteil Kostenübernahme durch die Zusatzversicherung überschätzt hatten, um die Therapie abubrechen und einen Platz bei einer delegierten Psychologin oder Kinderpsychiaterin zu suchen. An diesem Punkt der Therapie verunsicherte dies die Patientin sehr, die darauf mit Essanfällen, depressiver Verstimmung und Hoffnungslosigkeit reagierte. Eine Anschlusslösung steht bis dato noch aus.

Ein Therapieabbruch zu diesem Zeitpunkt stellt ein grosses Risiko dar im Behandlungsverlauf dieser schweren psychischen Krankheit, insbesondere im Jugendalter.

Abbruch kognitive Verhaltenstherapie bei einem depressiven Patienten

31-jähriger Patient berichtet über rezidivierende depressive Störung unter welcher er seit gut zehn Jahren leiden würde. Er habe bereits mehrere Psychopharmakotherapien hinter sich, die ihm aber alle nichts gebracht hätten und die er sich wegen der Nebenwirkungen zukünftig nicht mehr wünsche. Er habe sich nun eingehender informiert und sei überzeugt, dass eine kognitive Verhaltenstherapie für ihn das Richtige sei. Zudem sei es ihm aufgrund biografischer Begebenheiten wichtig, bei einem Mann in Therapie zu gehen. Der Patient gibt an, eine Zusatzversicherung zu haben. Er scheint aber über die genauen Modalitäten nicht informiert zu sein, weswegen der Therapeut ihn bittet, diese abzuklären. Die Abklärungen ergeben, dass die Zusatzversicherung lediglich einen Betrag von 50.- Franken pro Sitzung übernimmt. Der Patient muss deswegen aus finanziellen Gründen die Therapie nach der vierten Sitzung abbrechen. Bei der Suche nach einem delegiert arbeitenden, männlichen kognitiven Verhaltenstherapeuten landete der Patient trotz grosser Dringlichkeit auf einer Warteliste mit unvorhersehbarer Wartezeit.

Niederfrequente Therapie aufgrund hoher Kostenbeteiligung

Herr M., ein 42-jähriger Gymnasiallehrer, meldet sich auf Empfehlung eines Arztes, der ihn auf der Akutambulanz der psychiatrischen Klinik notfallmässig evaluiert hatte, zur Therapie an. Der Arzt habe eine mittelschwere Depression und ein drohendes Burnout diagnostiziert und ihm empfohlen, möglichst rasch eine Psychotherapie zu beginnen. Eine medikamentöse Begleittherapie wurde nicht indiziert. Im ersten telefonischen Gespräch wird die Gesamtsituation kurz evaluiert und dem Patienten der erste freie Termin in vier Wochen angeboten. Wegen der Wartezeit und dem grossen Leidensdruck entscheidet sich Herr M., noch weitere Therapeuten anzufragen, meldet sich aber gleichentags nach einigen

erfolglosen Anfragen wieder. Er fragt nach einer Literaturempfehlung, der Termin wird festgemacht und mit Herrn M. seine Versicherungssituation erfasst. Als er realisiert, wie hoch der Selbstkostenanteil bei seiner Zusatzversicherung ist, reagiert er verzweifelt. Die zweistündige Suche nach einem Therapieplatz und diese letzte Information überfordern ihn in seinem Zustand. Wir verbleiben, alles in Ruhe beim ersten Gespräch gemeinsam abzuklären. Herr M. ist motiviert, rasch und gezielt an seinen Problemen zu arbeiten. Er verfügt über wichtige Ressourcen, die Prognose schätze ich nach einer umfassenden Evaluation als günstig ein. Allerdings zwingt die finanzielle Situation Herrn M., die Therapie niederfrequent – zu Beginn alle drei Wochen - wahrzunehmen. Er arbeitet in einer 50%-Anstellung, da er neben der Arbeit seine mittlerweile schwer kranke Mutter begleitet und seine Kinder betreut. Seine Ehefrau ist in einem Forschungsprojekt tätig und verdient wenig. Aufgrund der aktuellen Belastung von Herrn M. und der drohenden Gefahr einer Arbeitsunfähigkeit sind wöchentliche Sitzungen eindeutig indiziert, was ihn jedoch finanziell zu stark unter Druck setzen würde.

Aus fachlicher Sicht ist diese Situation nicht haltbar. Therapeutin und Patient sind im Dilemma: etwas anbieten / in Anspruch nehmen, das vielleicht nicht oder zu wenig rasch wirkt? Oder nicht anbieten / nicht in Anspruch nehmen mit dem Risiko, keinen anderen Therapieplatz zu finden? Oder wöchentlich in Anspruch nehmen und in eine finanzielle Not kommen?

Hier eine Analogie zur somatischen Medizin: Würde einem Patienten mit einem bakteriellen Infekt ein Antibiotikum zur unregelmässigen Einnahme verschrieben werden, obwohl durch diese ungenügende Behandlung die Gefahr besteht, dass sich der Infekt auf ein Organ wie bspw. die Lunge ausdehnt?

Stellungnahme von den psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen
und -therapeuten der Praxis Psychotherapie und Forensik,
Kapellenstrasse 28
3011 Bern

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit 21. Okt. 2019					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern
Schweiz

Bern, 16.10.2019

Stellungnahme zum Vernehmlassungsverfahren betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren

Als psychologische und psychiatrische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxisgemeinschaft Psychotherapie und Forensik in Bern möchten wir Stellung zu der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie nehmen.

In unserem Arbeitsalltag sind wir wiederholt mit der Unterversorgung ambulanter psychotherapeutischen Betreuungsangeboten konfrontiert. Grösstenteils müssen Kinder und Jugendliche mehrere Monate warten, bis sie bei uns oder in einer Praxis einen Abklärungs- oder Therapieplatz erhalten. Die vom Bundesamt für Gesundheit beauftragte Studie (Stocker et al. 2016) untermauert die Unterversorgung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebote insbesondere im Kinder- und Jugendbereich.

Viele Familien können sich die Eigenfinanzierung einer Psychotherapie bei einem psychologischen Psychotherapeuten nicht leisten, sodass die Kinder, Jugendlichen und Erwachsene trotz gestellter Diagnose und hohem Leidensdruck nicht adäquat behandelt werden können. Die Symptomatik weitet sich aus und es kommt zur Chronifizierung der Störungen, was wiederum mit hohen Behandlungskosten verbunden sein kann. Zur Prävention von Chronifizierungen und zum Wohl der Kinder, Jugendlichen und Familien sollte eine rechtzeitige psychotherapeutische Behandlung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene aller Bevölkerungsschichten gewährleistet werden.

Die fundierte und langjährige Ausbildung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten trägt zur Qualitätssicherung der Diagnostik und Therapie bei. In der fünfjährigen universitären Ausbildung erfolgt eine umfassende Auseinandersetzung mit der Diagnoseerstellung, Therapieindikation und den dazugehörigen Störungsbildern sowie den aktuellen Leitlinien. Nach dem abgeschlossenen Masterstudium bilden sich die Psychologinnen und Psychologen in einer mindestens vierjährigen postgradualen Weiterbildung zur eidg. anerkannten Psychotherapeutin / zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten weiter. Eine professionelle Behandlung nach aktuellen Standards ist somit gewährleistet.

Wir unterstützen mit diesem Schreiben die Einführung des Anordnungsmodells, da ein besserer Zugang zur Psychotherapie dringend notwendig ist und es an Angeboten fehlt, die über die Grundversicherung finanziert werden.

Dr. med. Till Schnittfeld, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

M.Sc. Maria Gebs, eidg. anerkannte Psychotherapeutin

M. Sc. Annina Biesold, eidg. anerkannte Psychotherapeutin

M. Gebs

A. Biesold

Postfach 363, 8032 Zürich

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

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31, Postfach 363
8032 Zürich
Telefon +41 (0)44 384 21 40
Telefax +41 (0)44 382 02 86
Zentrale +41 (0)44 384 21 11
spitaldirektion@puk.zh.ch
www.pukzh.ch

CEO:
Markus Merz

Per E-Mail an:

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 Kranken-
pflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärzt-
liche 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 An-
passungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) nimmt in vorliegender Antwort Stellung zu den
geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System
dergestalt anzupassen, dass es durch die vorgeschlagenen, nicht sachgerechten Neuerungen vorab
Patientinnen und Patienten mehr schaden als nützen würde.

I. Zusammenfassung

Die Psychiatrische Universitätsklinik PUK lehnt die Vorlage ab. Die beiden Verordnungsände-
rungen stellen eine **strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes** dar, de-
ren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für

die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität und 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 Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Verbesserungen bei Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem am 26. Juni 2019 in die 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 er 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 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 erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 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 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:

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 Datengrundlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychiatrischen 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

- 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 vorgesehene Dauer von **1 Jahr** nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen 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 psychiatrischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen ist **klar unzureichend**. 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

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».

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.

- o 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 Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen. Ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen hätte dies eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und/oder ländlichen Regionen zur Folge. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu berappen. 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. Dies hätte eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen zur Folge. Ebenfalls resultierte eine Ressourcenverschiebung von ländlichen in städtische Regionen. 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 Bundesrat 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 trotzdem reformieren, wären drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

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

Für den Fall, dass eine Systemänderung aller Kritik zum Trotz durchgesetzt wird, führen wir ergänzend zu den Kritikpunkten die folgenden zielführenden Massnahmen im Anhang 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 der «anordnenden» Ärztinnen und Ärzte 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 diese Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es kann davon ausgegangen werden, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würden. 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

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».

(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 vom Bundesrat angedachten Modell weder eine 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, 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).

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.

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

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).

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

Art. 50 Abs. 1 lit. c NEU

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

Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitle 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.

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 Über-

gangsfrist 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 noch schlechteren Tarif erhalten als bisher. Eine weitere Abstrafung wäre das Resultat.

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 Therapieleistungen 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 Patientinnen und Patienten und die betroffenen Leistungserbringer 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 blossse 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.

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 selbstständigen 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.

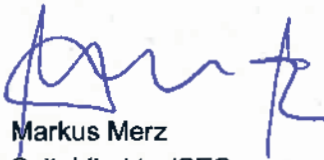
Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich



Markus Merz
Spitaldirektor/CEO

Telefon direkt +41 (0)44 384 22 24
markus.merz@puk.zh.ch

- Antwortformular
- 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 : Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Abkürzung der Firma / Organisation : PUK

Adresse : Lenggstrasse 31, 8032 Zürich

Kontaktperson : Markus Merz

Telefon : +41 44 384 22 24

E-Mail : markus.merz@puk.zh.ch

Datum : 11. 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!

Stellungnahme von den Psychologinnen und Psychologen der
Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich,
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Ambulatorium Dietikon
Zürcherstrasse 49
8953 Dietikon

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern
Schweiz

Dietikon, 16.10.2019

Stellungnahme zum Vernehmlassungsverfahren betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren

Als psychologische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ambulatoriums der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Dietikon möchten wir Stellung zu der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie nehmen.

Das Ambulatorium Dietikon steht für die gesamte ambulante, kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, Beratung und Therapie der Bevölkerung aus dem Zuständigkeitsbereich zur Verfügung. In unserem Alltag sind wir auf eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angewiesen. Grösstenteils müssen Kinder und Jugendliche mehrere Monate warten, bis sie bei uns oder in einer Praxis einen Abklärungs- oder Therapieplatz erhalten. Die vom Bundesamt für Gesundheit beauftragte Studie (Stocker et al. 2016) untermauert die Unterversorgung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebote insbesondere im Kinder- und Jugendbereich.

Viele Familien können sich die Eigenfinanzierung einer Psychotherapie bei einem psychologischen Psychotherapeuten nicht leisten, sodass die Kinder und Jugendlichen trotz gestellter Diagnose und hohem Leidensdruck nicht adäquat behandelt werden können. Die Symptomatik weitet sich aus und es kommt zur Chronifizierung der Störungen, was wiederum mit hohen Behandlungskosten verbunden sein kann. Zur Prävention von Chronifizierungen und zum Wohl der Kinder, Jugendlichen und Familien sollte eine rechtzeitige psychotherapeutische Behandlung für Kinder und Jugendliche aller Bevölkerungsschichten gewährleistet werden.

Die fundierte und langjährige Ausbildung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten trägt zur Qualitätssicherung der Diagnostik und Therapie bei. In der fünfjährigen universitären Ausbildung erfolgt eine umfassende Auseinandersetzung mit der Diagnoseerstellung, Therapieindikation und den dazugehörigen Störungsbildern sowie den aktuellen Leitlinien. Nach dem abgeschlossenen Masterstudium bilden sich die Psychologinnen und Psychologen in einer mindestens vierjährigen postgradualen Weiterbildung zur eidg. anerkannten Psychotherapeutin / zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten weiter. Eine professionelle Behandlung nach aktuellen Standards ist somit gewährleistet.

Wir unterstützen mit diesem Schreiben die Einführung des Anordnungsmodells, da ein besserer Zugang zur Psychotherapie dringend notwendig ist und es an Angeboten fehlt, die über die Grundversicherung finanziert werden.

Freundliche Grüsse

M. Sc. Kathrin Scholler, Psychologin

Lic. phil. Christine Leuthold Suter, eidg. anerkannte Psychotherapeutin

Lic. phil. Lee-Ting Tse, Psychologin

M. Sc. Roger Engler, Psychologe

Lic. phil. Eva Nydegger, Psychologin

Stellungnahme von den Ärztinnen und Ärzten der
Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich,
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Ambulatorium Winterthur
Albanistrasse 24
8400 Winterthur

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern
Schweiz

Winterthur, 15.10.2019

Stellungnahme zum Vernehmlassungsverfahren betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir als Ärztinnen und Ärzte der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Winterthur unterstützen die eingereichte Stellungnahme von den Psychologinnen und Psychologen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Ambulatoriums Winterthur vom 10.10.2019 zum Vernehmlassungsverfahren betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie.

Somit befürworten wir die Einführung des Anordnungsmodells und sind der Ansicht, dass es aktuell an Angeboten fehlt, die über die Grundversicherung finanziert werden können.

Besten Dank für Ihre Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse

Dr. med. Miriam Gerstenberg, Oberärztin

Med. pract. Jerra Stemmler, Assistenzärztin

Med. pract. Philipp K. Jewgenow, Assistenzarzt

Stellungnahme von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der
Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich,
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Ambulatorium Winterthur
Albanistrasse 24
8400 Winterthur

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern
Schweiz

Winterthur, 15.10.2019

Stellungnahme zum Vernehmlassungsverfahren betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Winterthur unterstützen die eingereichte Stellungnahme von den Psychologinnen und Psychologen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Ambulatoriums Winterthur vom 10.10.2019 zum Vernehmlassungsverfahren betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie.

Somit befürworten wir die Einführung des Anordnungsmodells und sind der Ansicht, dass es aktuell an Angeboten fehlt, die über die Grundversicherung finanziert werden können.

Besten Dank für Ihre Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse

Vorname	Name	Berufsgruppe
Regine	Gegchwendt	Psychotherapie (ECP)
Ann-Catherine	Amiet	Psychologiepraktikantin
Isabelle	Decurtins	MPA
Lisa	Lauria	Med. Assistentin
Berit	Sewing	Psychologiepraktikantin
Nicole	Chilon	Med. Sekretärin

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Tagesklinik Militärstrasse

Adresse : Militärstrasse 8, 8001 Zürich

Kontaktperson : Max Furstoss

Telefon : 044 296 74 62

E-Mail : max.furstoss@puk.zh.ch

Datum : 11.10.2019

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
PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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 Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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. Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme das Resultat der Zusammenarbeit der Psychologen der Tagesklinik ist und die Meinung der anderen Berufsgruppen nicht repräsentiert.
PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	Eckpunkte der Vorlage, welche Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) klar stützt: - Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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 Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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.
PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	Inhalte der Vorlage, welche Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) ablehnt und deren Anpassung sie fordert: Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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 Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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**

	- Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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 Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die Tagesklinik Militärstrasse (PUK) verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. - Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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 Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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.
PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	Ergänzungen, welche die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind: 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 Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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 Praxisassistenz 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 Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. - Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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 Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten

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

	Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom.
PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	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)
PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	45-50a			Keine Bemerkungen	
PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	50b			Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen 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. 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	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Übergangsbestimmungen).	
PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	50c	1	a & b	Eidg. Titel und kantonale Bewilligung 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.	
PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	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 der Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) unbestritten. Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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 Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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 Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) begrüsst die zusätzlichen 12	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**

			Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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. 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 spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte). 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. Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) fordert daher folgende Anpassungen: 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	
--	--	--	---	--

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

				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). • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können.	
PUK-ZSP-Tagesklinik-Militärstrasse	50c	1	d (neu)	Sprachkompetenz Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.	d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)
PUK-ZSP-Tagesklinik-Militärstrasse	50c	2		Anforderungen an die Weiterbildungsstätten Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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 Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) folgendes vor: • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen	Ergänzung [...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen 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**

				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. 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.	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 [...]
PUK-ZSP-Tagesklinik-Militärstrasse	52d			Keine Bemerkungen	
PUK-ZSP-Tagesklinik-Militärstrasse	(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/gesundheit-2020.html.	Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie: 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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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) 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.
PUK-ZSP-Tagesklinik-Militärstrasse	Übergangsbest.	1 & 2		Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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.	
PUK-ZSP-Tagesklinik-Militärstrasse	Übergangsbest.	3		Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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)
PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	2	1	a	Keine Bemerkungen	
PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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: • 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	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**

				für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der Eingangsdiagnose 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 Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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.	
PUK-ZSP-Tagesklinik-Militärstrasse	3			Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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	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.

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

				musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden. 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. 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. Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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.	
--	--	--	--	---	--

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

PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	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 [...]
PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	11b	1		Keine Bemerkungen	
PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	11b	1	a	Anordnungsbefugte Ärzte Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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. In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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.	Änderungsvorschlag für die französische Version: [...] 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 [...]

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

				Gemäss Auskunft des BAG an die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)	
PUK-ZSP-Tagesklinik-Militärstrasse	11b	1	b	Kriseninterventionen Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun. 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. Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die Tagesklinik-Militärstrasse (PUK) 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.	Änderungsvorschlag 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.
PUK-ZSP-Tagesklinik-Militärstrasse	11b	2		Begrenzung auf 15 Sitzungen Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht	Antrag auf Streichung: 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

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

				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. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.
PUK-ZSP-Tagesklinik-Militärstrasse	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.
PUK-ZSP-Tagesklinik-Militärstrasse	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.
PUK-ZSP-Tagesklinik-Militärstrasse	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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Psychotherapeutin.
PUK-ZSP- Tagesklinik- Militärstrasse	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 : Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP)

Abkürzung der Firma / Organisation : PUK-PSYLengg

Adresse : Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Lenggstrasse 31, 8032 Zürich

Kontaktpersonen : Prof. Dr. Birgit Kleim

Telefon : +41 44 384 2351

E-Mail : birgit.kleim@uzh.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 **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
PUK-PSYLengg	Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) stellt die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Einwohnerinnen und Einwohner in der Stadt und im Grossraum Zürich sicher. Das Angebotsspektrum umfasst die Behandlung psychischer Erkrankungen über die gesamte Lebensspanne. Als Universitätsklinik ist sie zudem in der Lehre und Forschung engagiert und international sehr gut vernetzt. In der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP) werden erwachsene Patienten (Alter 18-65) in verschiedenen ambulanten, tagesklinischen und stationären Settings behandelt. Die Behandlung wird durch multiprofessionelle Teams aus Ärzten, Psychologen, Pflegepersonal und weiteren therapeutischen Mitarbeitern durchgeführt und folgt dem bio-psycho-sozialen Modell. Neben Psychopharmakotherapie stellt die Psychotherapie somit einen wichtigen Pfeiler der Behandlung der Patienten dar. Zur Anwendung gelangen aktuell vor allem evidenzbasierte, kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapien. Diese werden durch psychologische und ärztliche Psychotherapeuten im Einzel- wie Gruppensetting durchgeführt. Qualitätssicherung und Evaluation ist ein wichtiges Element der Versorgung. Der grösste Standort ist die PUK Lenggstrasse, dort arbeiten aktuell 23 klinische Psychologinnen und Psychologen in stationären, teilstationären und ambulanten Einheiten. Viele Psychologen sind zusätzlich in der Forschung tätig und im Zentrum für psychiatrische Forschung wird Psychotherapie aktiv, und in enger Kollaboration mit den Kollegen im klinisch-praktischen Setting, beforscht. Die vorliegende Stellungnahme erfolgt nach einem inhaltlichen Treffen und Diskussion des Vernehmlassungsverfahrens der Psychologen Standort Lenggstrasse.
PUK-PSYLengg	Eckpunkte der Vorlage, welchen PUK-PSYLengg vollumfänglich zustimmt: • PUK-PSYLengg sieht Psychotherapie als eine moderne, akademische Profession • PUK-PSYLENGG ist vollumfänglich einverstanden mit den Zielen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie. Die klinischen PsychologInnen der PUK-PSYLengg unterstützen die Ablösung des Delegationsmodells und die Einführung des Anordnungsmodells. Damit können allseits bekannte Behandlungsengpässe geschlossen bzw. überwunden werden, und die Sicherung der Qualität der psychologischen Psychotherapieangebote wird gewährleistet. • Die an den Schweizer Universitäten angebotene Ausbildung in Psychologie bzw. Klinischer Psychologie und Psychotherapie und die eidgenössisch akkreditierten Institute zur Weiterbildung in Psychotherapie (gemäss AkkredV-PsyG, Art. 2 Abs. 1 Bst. a¹) vermitteln alle

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

	notwendigen Kompetenzen zur autonomen Ausübung des Berufs eines psychologischen Psychotherapeuten / einer psychologischen Psychotherapeutin vollumfänglich • Psychotherapie ist effektiv und sehr kostengünstig. Fehlende Inanspruchnahme von Psychotherapie führt bei klinisch relevanten psychischen Störungen zu erhöhten Kosten (z.B. Margraf, 2009²). Mit einem verbesserten Zugang zu Psychotherapie können diese Kosten gesenkt und darüber hinaus weitere Kosten eingespart, wie kürzlich in England gezeigt werden konnte, s. Lancierung des «Improved Access to Psychological Psychotherapie», IAPT Programm in England. Mit der Einführung des Anordnungsmodells werden auch Schwellen der Inanspruchnahme insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen gesenkt. • Die Einführung einer kontinuierlichen Evaluation ist begrüssenswert und im Kontext wissenschaftlicher psychologischer Psychotherapie «State of the Art». Bei der Etablierung der Instrumente zur Evaluation ist auf die Zweckdienlichkeit und die Machbarkeit im klinischen Alltag zu achten. Ebenfalls ist es wichtig festzuhalten, dass das Ziel nicht ausschliesslich im «Erfolgsnachweis» besteht, sondern insbesondere auch in der Sicherung einer hohen Qualität der Grundversorgung bei psychischen Störungen, bei denen eine Besserung schwer und nur langfristig zu erreichen ist (z.B. expressive Sprachstörungen, Schizophrenie, Bipolare Störungen, bestimmte Persönlichkeitsstörungen, etc.) oder eine Heilung unwahrscheinlich ist (z.B. bei Autismus-Spektrum-Störung)
PUK-PSYLengg	Inhalte der Vorlage, welche die PUK-PSYLENGG ablehnt und deren Anpassung sie fordert: • PUK-PSYLengg lehnen keine Inhalte ab, wir schlagen aber Ergänzungen zur Qualitätssicherung, sowie zur Erstellung und Unterzeichnung von Berichten vor.
PUK-PSYLengg	Ergänzungen, welche die PUK-PSYLENGG vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind: • Die Einführung einer kontinuierlichen Evaluation der Therapie bei Psychologen und Ärzten ist begrüssenswert und «State of the Art» modern praktizierter psychologischer Psychotherapie. Es stehen gut validierte und praktikable Qualitätsinstrumente zu Verfügung, die eine effiziente Qualitätssicherung ermöglichen. Qualitätssicherung ist somit im Sinne der Verbesserung und Aufrechterhaltung der einzelnen Psychotherapien praktikabel zu gewährleisten.

009). Kosten und Nutzen der Psychotherapie: eine kritische Literaturlauswertung. Berlin: Springer.

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

	Berichte sollen durch die Fachperson erstellt und unterzeichnet werden, die den/die Patienten/in behandelt und Psychotherapie durchgeführt und am engsten begleitet haben und somit Verlauf und mögliche Prognose am besten kennen. Deshalb sollen die Berichte von den fallverantwortlichen Psychotherapeuten unterschrieben werden.
--	--

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
PUK-PSYLENGG	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die PUK-PSYLENGG steht für evidenzbasierte, moderne Diagnostik und Psychotherapeutische Behandlung. Sie begrüsst eine moderne Qualitätssicherung. Sie teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung mittels Qualitätssicherung zu gewährleisten. Es stehen ausreichend empirisch geprüfte Instrumente zu Verfügung, die eine praktikable Qualitätssicherung gewährleisten.	Art. 2 Abs. 1 lit. b umformulieren b. Sie umfasst eine Einstiegs- Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten, <u>praktikablen</u> Instrumenten
PUK-PSYLengg	11b	5		Die Berichte nach 40 Stunden sollen von derjenigen Person erstellt werden, die den Prozess der Psychotherapie am besten kennt. Deshalb sollen die Berichte von den fallverantwortlichen Psychotherapeuten erstellt und unterschrieben werden.	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

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

					Ärztin, <u>der Bericht erfolgt durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin.</u>
--	--	--	--	--	--