



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Postgasse 19, Postfach
CH-3000 Bern 8
T 031 330 90 00
F 031 330 90 03
bekag@hin.ch

Per Mail:

leistungen-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch
lex@fmh.ch

Per A-Post:

Herr Bundesrat Alain Berset
Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
Inselgasse 1
3003 Bern

Herr Dr. med. Jürg Schlup
Präsident der FMH
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Bern, 05. September 2019

Vernehmlassung zur Änderung KVV und KLV betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und die Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme in obgenannter Sache. Die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG), welche hierzu auch eine interne Stellungnahme bei der Berner Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (BGPP) eingeholt hat, sieht im **Wechsel auf das Anordnungsmodell durch Aufnahme der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen als selbständige Leistungserbringer zu Lasten der OKP grosse Risiken für die Qualität der psychiatrischen Grundversorgung und lehnt diese in der vorgesehenen Form daher grundsätzlich ab**. Es kommt hinzu, dass die mit der vorgesehenen Nivellierung und Ausdehnung des Versorgungsangebots verbundenen Kostenfolgen erheblich und nicht abschätzbar sind. Somit droht eine schlechtere Versorgung zu höheren Kosten, was wir vor dem Hintergrund der bereits hängigen Kostensparpakete des Bundesrats als absolut inakzeptabel betrachten.

I. Grundsätzliche Bemerkungen

1. Behandlungsqualität und Patientensicherheit

Eine frühzeitige integrierte Behandlung ist zentral, um das Risiko einer Chronifizierung von Störungen zu senken. Das Anordnungsmodell kann zwar den niederschweligen Zugang zu einer Psychotherapie verbessern, was wir als Vorteil werten, spaltet aber die Psychotherapie von der



ganzheitlichen patientenzentrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ab, und verhindert damit eine rechtzeitige Behandlung bei schwierigeren Krankheitsbildern, wodurch das Risiko der Chronifizierung steigt. Eine erfolgreiche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bedarf einer sorgfältigen Diagnosestellung, in welche auch der Einbezug möglicher somatischer Ursachen, Komplikationen und Differentialdiagnosen gehört. Durch das Anordnungsmodell fehlt eine initiale fachärztliche psychiatrische Abklärung, was eine frühzeitige integrierte Behandlung erschwert. **Durch die geringere Koordination und fehlende Kontrolle eines Facharztes ist bei schwerwiegenden Erkrankungen und Krisen, die im Laufe einer Psychotherapie nicht selten sind, nicht sichergestellt, dass die angemessene psychiatrische Behandlung rechtzeitig erfolgt.** Dies gefährdet die Patientensicherheit und senkt die Behandlungsqualität.

In der Begründung wird zurecht auf die **mangelnde Einbindung nichtärztlicher Fachkräfte in der psychischen Gesundheitsversorgung** in der Schweiz im internationalen Vergleich hingewiesen. Der Mangel besteht an intermediären Angeboten mit interdisziplinären Teams, die auch soziale Betreuung und alltagsorientierte Unterstützung bieten. Auch in Krisen- und Notfallsituationen besteht diesbezüglich teilweise ein Versorgungsmangel, insbesondere in ländlichen Gebieten. Unsere Versorgung ist im Bereich Psychotherapie hervorragend und die Angebote sind für die Bevölkerung relativ schnell und günstig zu haben. Auch die psychosoziale Versorgung ist finanziell auf guten Beinen durch die Sozialdienste der Gemeinden. Der Wunsch einer verbesserten Alltagsversorgung wäre durch alternativ-medizinische Behandlungen, Musik- und Maltherapien, Peer-Begleitungen, psychiatrische Spitex und private Sozialarbeiter gewährleistet, nur ist die Integration dieser Berufsgruppen initial eine kostspielige Massnahme, welche nicht über das KVG abgedeckt werden kann und auch von den Angehörigen oder von den Sozialdiensten meist nicht übernommen werden kann. Hier müssten Bund und Kantone für eine **Systemänderung ausserhalb des KVG** eintreten. Psychologen können genauso gut oder schlecht diese psychosozialen Aufgaben übernehmen wie die Fachärzte, weshalb die Neuregelung in diesem Bereich nichts bringen wird. Wenige Psychologen betreuen heute randständige, süchtige oder behinderte psychisch-krank Menschen, die aber am meisten Krisen- oder Notfall-Ereignisse auslösen oder soziale Alltagshilfe benötigen.

Die Kürzung der psychotherapeutischen Sitzungsdauer von aktuell 75 Minuten auf 60 Minuten für Einzelbehandlungen, wie auch die Einforderung eines Berichts für eine Therapieverlängerung statt nach aktuell 40 neu auf 30 Stunden (siehe Ziff. der Vernehmlassungsvorlage: Kostenübernahme) ist keine Verbesserungsmassnahme, sondern eine Präventionsmassnahme gegen **mögliche Mengenausweitungen (primär durch die Psychologen) im Rahmen des KVG**. Hier wird indirekt zugegeben, dass eine erhebliche Mengenausweitung durch die Aufnahme der Psychologen als selbständige Leistungserbringer im Rahmen der OKP zu befürchten ist. Wenn die ärztliche Psychotherapie neu eine Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten umfassen soll, so ist zu fragen, wieso dies sinnvoll und notwendig sein soll. Wir bestreiten dies dezidiert. Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung. Der Anwendungsbereich einer solchen Vorschrift müsste also – falls dies zwecks Qualitätssicherung notwendig wäre – zumindest auf die psychotherapeutisch tätigen Psychologinnen und Psychologen begrenzt sein.

Die bisherige Übernahme der psychologischen Psychotherapie nur durch die Zusatzversicherung oder durch den Selbstzahler macht Sinn, ebenso wie die Übernahme der alternativ-medizinischen Behandlungen, welche oft einen präventiven Charakter haben. Für eine Psychotherapie über die OKP muss eine Diagnose ausgewiesen werden.

Mit der Neuregelung werden alle Behandlungen in der Psychotherapie tendenziell auf die Ebene einer psychischen Störung mit klaren Diagnosekriterien angehoben. Das heisst, wer keine Diagnose will, kann auch keine krankenkassenzulässige Behandlung erhalten, weshalb solche Behandlungen kaum mehr stattfinden werden oder mit anderen Worten inskünftig nur noch als Krankheitsbehandlungen durchgeführt werden dürften.



Zusammenfassend würde die Umsetzung des Anordnungsmodells im Ergebnis dazu führen, dass

- mangels ausreichender fachärztlicher Überwachung die Behandlungsmöglichkeiten und die Behandlungsqualität bei schwerwiegenden Erkrankungen und Krisensituationen verschlechtert werden;
- psychologische Beratungen bei nicht schwerwiegenden Problemen bzw. bei Schwierigkeiten ohne Krankheitswert auf Krankheitsstufe angehoben werden, weil in diesem Fall keine Zusatzversicherung mehr erforderlich ist und/oder die Beratung nicht mehr privat bezahlt werden muss;
- gleichzeitig der administrative Aufwand für alle Beteiligten unnötig zunimmt, was sich wiederum vor allem bei schwerwiegenden Erkrankungen negativ auswirkt, welche einer längeren Behandlung bedürfen;
- und dass zusätzliche intermediäre Angebote mit interdisziplinären Teams, die auch soziale Betreuung und alltagsorientierte Unterstützung anbieten, mit dem Anordnungsmodell für psychologische Psychotherapie, entgegen den in der Vernehmlassungsvorlage geäußerten Zielsetzungen und Hoffnungen, gar nicht geschaffen oder unterstützt werden, zumal dies sowieso keine Aufgabe des KVG ist.

Bisher lag die allgemeine Verantwortung der psychologischen Psychotherapie in den Händen des delegierenden Facharztes, welcher entsprechend durch Behörden und Verbände kontrolliert wurde. Wer übernimmt im Anordnungsmodell bei Fehleinschätzungen, Grenzüberschreitungen oder Missständen die Verantwortung? Psychotherapie ist in diesem Fall komplexer als Ergo-, Physiotherapie, Spitex oder Logopädie, welche klar formulierte, begrenzte Zielpunkte anstreben. Das ist bei einer Traumatherapie, Behandlung von Missbrauchsgeschichten, Begleitung von Süchtigen, Wahrnehmung von Schizophrenen oder Interventionen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen oft nicht möglich. Wie werden Psychologen begleitet (überwacht), welche neu (unerfahren oder aus dem Ausland) in der ambulanten Praxis arbeiten? Bisher war es in der Verantwortung des delegierenden Facharztes. Klar ist, dass zu Lasten des KVG tätige Psychologinnen und Psychologen wegen der zu übernehmenden Verantwortung zumindest einer Haftpflichtversicherung bedürfen.

Angesichts der Übergangsregelungen sollen vor dem 1. April 2013 bereits selbständig tätige Psychologen mit Berufsausübungsbewilligung vom Erwerb eines eidgenössischen Weiterbildungstitels und vom Nachweis einer klinischen Erfahrung von 12 Monaten entbunden werden. Weiter müssen auch Psychologen, welche nach dem 1. April 2013 einen eidgenössischen Weiterbildungstitel für psychologische Psychotherapie erworben haben, die klinische Erfahrung nicht nachholen. Weil auch eine klinische Erfahrung von 12 Monaten sowieso ungenügend ist, droht somit kurz- und langfristig eine schlechtere Versorgung der Bevölkerung bei breiterem Angebot.

2. Kostensteigerung

Das Anordnungsmodell wird wie gesagt zu einer Mengenausweitung und zu einem weit höheren Anstieg der Kosten führen als die Schätzungen zeigen. Dadurch steigt das Risiko für die Einführung des Globalbudgets für alle Ärzte. Ein Globalbudget dürfte in kurzer Zeit zu einem eigentlichen Zerfall des für einige Fachrichtungen bereits heute ungenügenden Tarifs führen und unter anderem die Attraktivität des Berufsbildes Psychiater weiter vermindern. Entsprechende Entwicklungen lassen sich in Deutschland und Holland beispielhaft beobachten. Die Nachwuchsschwierigkeiten dürften sich in direkter Folge davon noch einmal massiv verschärfen.



3. Engpässe bei der psychiatrischen Behandlung

Bereits heute haben wir in der Schweiz eine akute psychiatrische Unterversorgung. Für den Kanton Bern hat die BGPP entsprechende Daten erhoben und publiziert. Sie sprechen eine deutliche Sprache (Der Bund, 10.9.2018). Viele Psychiater aus den geburtenstarken Jahrgängen werden bald pensioniert. Es rücken keine jungen Kolleginnen und Kollegen nach, weil der Beruf in den letzten Jahren an Attraktivität eingebüsst hat. Mit dem Wechsel auf das Anordnungsmodell wird die Attraktivität des Berufsbildes der Psychiater weiter belastet. Die Fachärztinnen und Facharztanwärter entscheiden sich in der Regel für die Ausbildung zum Psychiater, weil sie an der Psychotherapie interessiert sind. Wir befürchten, dass das Anordnungsmodell das aktuelle Gleichgewicht zwischen Psychotherapie und Notfallpsychiatrie zu Ungunsten der Psychotherapie verschieben wird. Psychiaterinnen und Psychiater werden über kurz oder lang zunehmend in ausschliessliche Psychopharmakologie und Behandlung von Notfällen, vorwiegend im stationären Rahmen, verdrängt. Diese Aufgaben werden Psychologen nicht übernehmen. In der Folge werden sich noch weniger Ärzte für die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie entscheiden. Es wird nicht mehr genug Ärzte geben, die zu einer oft notwendigen kombiniert psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung befähigt sind. Dies wird eine ernsthafte Unterversorgung der Bevölkerung herbeiführen.

4. Gefährdung der psychiatrischen Grundversorgung

Die sinkende Attraktivität des Berufs und die sinkende Zahl praktizierender Psychiater führt dazu, dass psychiatrische Notfalldienste nicht mehr von diesen abgedeckt werden können. Diese Leistungen müssten dann in der Regel durch Hausärzte dauerhaft übernommen werden, was in einzelnen Regionen schon heute der Fall ist. Werden psychiatrische Notfälle nicht durch Psychiater behandelt, steigt das Risiko von fürsorglichen Unterbringungen (FU), was mehr Einweisungen in psychiatrische Kliniken zur Folge hat. Es ist gut belegt, dass die Anzahl der FU deutlich tiefer ist, wenn psychiatrische Notfälle von Psychiatern behandelt werden. So sehr moderne Versorgungssysteme, wie die vom Kanton geplante Akutbehandlung zu Hause, zu begrüßen sind, so wenig wird man sie mittelfristig umsetzen können, wenn es keine oder zu wenig Psychiater gibt, welche die entsprechenden Kompetenzen übernehmen können. Keine dieser Aufgaben kann von den Psychologen übernommen werden.

II. Bemerkungen zu den Vorlagen

Anträge:

Anpassung des EArt. 50c Abs. 1 lit. c KVV [**klinische Erfahrung von 12 Monaten**]:

- c. *nach Erlangung des Weiterbildungstitels **eine klinische Erfahrung von fünf Jahren** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder in einer anderen vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) als Institution anerkannten privaten oder öffentlichen Institution unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Nachweis der notwendigen klinischen Erfahrung setzt voraus, dass über die gesamte Zeitdauer ein effektiver Einsatz im Rahmen der Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste in vergleichbarer Frequenz wie bei einer Assistenzärztin oder bei einem Assistenzarzt in Weiterbildung zum Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie gezeigt werden kann.*

Begründung: Ohne diese zusätzlichen Auflagen kann die Befähigung, mit schweren psychischen Erkrankungen und akuten Notfallsituationen umgehen zu können, nicht garantiert werden. Insbesondere reicht unseres Erachtens irgendeine Tätigkeit von 12 Monaten an einer psychiatrischen B-Klinik bei weitem nicht aus, weil dort keine schweren Krisenfälle behandelt werden.



Übergangsbestimmung der KVV streichen oder anpassen

Die Absätze 1 und 2 sind ersatzlos zu streichen und eine Übergangsfrist von 5 Jahren vorzusehen:

Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) trotz Fehlens eines eidgenössisch anerkannten Weiterbildungstitels über eine nach Artikel 49 Abs. 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbständige bzw. privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie oder gestützt auf einen entsprechenden Weiterbildungstitel über eine Berufsausübungsbewilligung nach Art. 22 PsyG verfügen, werden zugelassen, sobald sie die Anforderungen des Art. 50c lit. c KVV erfüllen. Das Departement kann zugunsten dieser Personen für die Dauer von höchstens 5 Jahren übergangsrechtliche Erleichterungen des Nachweises der notwendigen klinischen Erfahrung festlegen.

Begründung: Ohne klinische Erfahrung kann die Befähigung, mit schweren psychischen Erkrankungen und akuten Notfallsituationen umgehen zu können, nicht garantiert werden. Dies gilt auch für bereits seit langem selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten mit oder ohne eidgenössischem Weiterbildungstitel. Dem Departement sollte indessen die Kompetenz erteilt werden, für bereits selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten die Möglichkeiten, die notwendige klinische Erfahrung nachzuholen, während einer Übergangsfrist von 5 Jahren ab Inkrafttreten der Änderung zu erleichtern.

Anpassung des EArt. 2 Abs. 1 lit. b KLV:

- a. *Die Wirksamkeit der angewandten Methode ist wissenschaftlich belegt.*
- b. *Sie umfasst **bei psychologischer Psychotherapie** eine Einstiegs-, Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten.*

Begründung: siehe oben Ziff. I 1.

Anpassung des EArt. 3 KLV [**Begrenzung auf 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen**]:

*Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens **40 Abklärungs- und Therapiesitzungen** von einer Dauer:*

- a. ***bei Erwachsenen:** von bis zu **75 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.***

Begründung: Es würde einen unnötigen administrativen Leerlauf bedeuten, das Maximum an Therapiesitzungen von 40 auf 30 Sitzungen zu reduzieren. Damit würde eine unnötige Risikoselektion gefördert, und mit anderen Worten der bereits bestehenden Fehlversorgung zu Lasten von psychisch schwer kranken Menschen noch zusätzlich Vorschub geleistet. Aus den gleichen Gründen muss auch die maximale Sitzungsdauer sowohl für Erwachsene (**75 anstatt 60 Minuten**) als auch für Kinder und Jugendliche (**90 anstatt 60 und 105 anstatt 90 Minuten**) moderat nach oben angepasst werden, was hiermit beantragt wird. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind für die stärker in Systemen vernetzte Arbeit zwingend längere Sitzungszeiten notwendig.



Art. 3b unverändert:

Begründung: Wir fordern, dass der ärztliche Bericht an den Vertrauensarzt zur Fortsetzung der Therapie weiterhin erst nach 40 Sitzungen notwendig ist.

EArt. 11b KLV

Wir sind mit der vorgeschlagenen Änderung grundsätzlich einverstanden.

Begründung: Mit der neuvorgesehenen Möglichkeit, den niederschwelligeren Zugang zur Psychotherapie zu ermöglichen, indem Ärztinnen und Ärzte mit eidgenössischem Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin psychologische Psychotherapie bis zu einer bestimmten Anzahl Sitzungen anordnen können, wird die Versorgung verbessert. Wir sind uns dessen bewusst, dass damit eher der niederschwelligere Zugang verbessert wird, was sich negativ auf die rechtzeitige Behandlung schwererer Fälle auswirken kann (siehe hierzu die Ausführungen oben unter Ziff. I 1.). In Übereinstimmung mit EArt. 3 KLV müsste die Anordnung für höchstens 20 Sitzungen erfolgen dürfen, wobei der psychologische Psychotherapeut der Ärztin oder dem Arzt Bericht erstatten müsste, bevor nochmals im Maximum 20 Sitzungen angeordnet werden könnten. Auch die Sitzungsdauer müsste hier entsprechend unseren Vorschlägen zu EArt. 3 KLV nach oben angepasst werden.

Wir verschliessen uns auch der Möglichkeit nicht, dass alle Ärztinnen und Ärzte mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel einmalig Leistungen zur Krisenintervention oder für Kurztherapien für Patientinnen und Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation bis maximal 10 Sitzungen anordnen dürften. Dies setzt aber voraus, dass alle psychologischen Psychotherapeuten, denen derartige Fälle zugewiesen werden dürften, über die dafür notwendige klinische Erfahrung verfügen müssen.

Übergangsbestimmung anpassen:

Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 5 Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum)

Begründung: Eine derart lange Übergangsfrist, bis die psychologischen Psychotherapeuten die Versorgung ohne Aufsicht, nach Erwerb der dafür notwendigen klinischen Erfahrung, selbständig sicherstellen können, ist unseres Erachtens zwingend. Es gibt aber auch Psychologinnen und Psychologen, welche mit der heutigen Situation zufrieden sind, und für welche die Ausübung der delegierten Psychotherapie eine Lebensstellung darstellt. Ihnen muss zumindest genügend Zeit eingeräumt werden, um für die Zukunft umdisponieren zu können. Es geht nicht an, bestehende Berufsbilder von heute auf morgen tarifarisch abzuschaffen. Die Beibehaltung des Tarifs während einer längeren Übergangsfrist ist vor allem auch für die Aufrechterhaltung der Institutionen der intermediären Psychiatrie (institutionelle Ambulanz, Tagesklinik, etc.) von existentieller Bedeutung.



Wir bitten Sie, unsere Überlegungen in die Auswertung des Vernehmlassungsergebnisses einfließen zu lassen und unsere Anträge zur somatischen Akutversorgung und zur Psychiatrie ernsthaft zu prüfen. Mit bestem Dank und

mit freundlichen Grüßen

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN

Die Präsidentin

Dr. med. Esther Hilfiker

Der Sekretär

Dr. Th. Eichenberger, Fürsprecher

Kopie z.K.:

- BGPP
- Präsidentinnen und Präsidenten der Bezirksvereine
- Präsidentinnen und Präsidenten der Fachgesellschaften
- Herr Regierungsrat Pierre Alain Schnegg, Gesundheits- und Fürsorgedirektor
- Herr Christoph Erb, Direktor „Berner KMU“
- VSAO Sektion Bern
- SGPP
- KKA
- VEDAG
- santésuisse
- curafutura

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

Abkürzung der Firma / Organisation : AeG BL

Adresse : Renggenweg 1, 4450 Sissach

Kontaktperson : lic. iur. Friedrich Schwab

Telefon : +41 61 976 98 00

E-Mail : f.schwab@hin.ch

Datum : 28. 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 |
| AeG BL | <p>I. Zusammenfassung</p> <p>Die Aerztegesellschaft Baselland (AeG BL) lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Der Vorschlag des Bundesrates beruht nicht auf aktuellen Versorgungsdaten. 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 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».</p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)). |

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

| | |
|--------|---|
| AeG BL | <p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p><u>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, 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. <p><u>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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"> ○ 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 AeG BL 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 mindestens 2 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 |
|--|--|

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

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

| | |
|--------|---|
| | <p>komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten für mehr als 15 Sitzungen anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. Damit wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. Diesem Umstand wäre allenfalls Rechnung zu tragen, indem zumindest der Vertrauensarzt/die Vertrauensärztin, welche(r) den Kostengutsprache-Antrag auf Verlängerung der Therapie zu beurteilen hat, die fachärztliche Qualifikation für Psychiatrie und Psychotherapie ausweist. <p><u>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und 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 darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern. |
| AeG BL | <p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen,</p> |

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

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

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

| | |
|--|---|
| | <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes sowie des Versicherungsarztes, welcher den Kostengutsprache-Antrag beurteilt, gewährleistet sein (Indikationsqualität).</p> <p>3. Kostendeckung gewährleisten für das gesamte Spektrum der erforderlichen Leistungen</p> <p>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. Es ist zudem zu gewährleisten, dass der Mangel an intermediären Angebotsstrukturen mit interdisziplinären Teams, welche auch soziale Betreuung und alltagsorientierte Unterstützung bieten, durch die Sicherstellung kostendeckender Leistungen behoben wird.</p> |
|--|---|

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|--|--------|------|------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| AeG BL-Error! Reference source not found. | Art.46 | | g | <p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> | <p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> |
| | | | | <p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> | |
| | | | | <p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p> | |

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

| | | | | | |
|--------|--------|-------|---|--|---|
| AeG BL | Art.50 | Abs.1 | c | <p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und</p> | <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 4 Jahre betragen, wovon mindestens 2 Jahre in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |
|--------|--------|-------|---|--|---|

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

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> | |
| | | | <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 4 Jahre betragen, wovon mindestens 2 Jahre in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> | |
| | | | <p>Begründung</p> <p>Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder</p> | |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>deshalb 4 Jahre fachspezifische Weiterbildung erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> | |
|--|--|--|---|--|

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

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

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

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | | | |
|---|-------------|--|---|--|--|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag | | |
| AeG BL | 2,3,11 | <p>Art. 2 Abs. 1 KLV ergänzt, dass die Wirksamkeit der angewandten Methode wissenschaftlich belegt (1a) und diese eine Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten umfasst (1b). Dies soll sowohl bei der psychologischen wie bei der ärztlichen Psychotherapie gelten, um die Grundlage zu schaffen, dass für jeden Patienten Messwerte bei Diagnose, im Verlauf und bei Ende der Therapie vorliegen.</p> | <p>Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</p> | | |
| | | <p>Art. 3 KLV reduziert den maximalen Ansatz von Abklärungs- und Therapiesitzungen von bisher 40 auf 30. Bestehen bleibt wie bisher die Möglichkeit der Verlängerung der Therapie auf Kostengutsprache des Versicherers. Diese erfolgt einheitlich sowohl für die ärztliche und die psychologische Psychotherapie. Weiter wird ergänzt, dass eine Versorgung maximal 60 Minuten bei Einzeltherapie und maximal 90 Minuten bei Gruppentherapie dauert.</p> | | | |
| | | <p>Art. 11 KLV (neu) regelt die Voraussetzungen für die Anordnung der psychologischen Psychotherapie.</p> | | | |
| | | <p>Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</p> | | | |
| | | <p>Begründung</p> <p>Es ist grundsätzlich inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2+3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinn regeln, fundamentale Änderungen, die Einfluss auf die Qualität der Arbeit haben, ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wird.</p> | | | |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebögen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien 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 faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort in den Praxen finanziert werden soll und wer für die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll.</p> <p>In der Somatischen Medizin 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.</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und führt zu einer unverhältnismässigen Erhöhung des administrativen Aufwandes. Zudem beeinträchtigt die frühe und wiederholte Einmischung Dritter in eine Psychotherapie die Behandlung. Die Reduktion der Dauer der einzelnen Sitzungen von</p> | |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>maximal 75 Minuten auf 60 Minuten verunmöglicht oder erschwert massiv verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen, was gravierende qualitative Einbussen zur Folge hätte.</p> <p>Insgesamt müssten Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen erbringen und erhielten für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System: Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): <i>«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».</i> Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: <i>«Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> | |
|--|--|---|--|

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Dabei wurde der Facharzttitle Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p> <p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen</p> | |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p> | |
| | | <p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten</p> | |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>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.</p> <p>Klinische Fachkompetenz erforderlich Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt – zumindest aber der Versicherungsarzt, welcher über die Verlängerung der Kostengutsprache befindet - über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) bzw. die Schlüssigkeit der Indikation zu beurteilen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> | |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und 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 zur Vernehmlassung stehenden Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p> | |
|--|--|---|--|

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

Ärztegesellschaft Baselland (AeG BL)
Sekretariat
Renggenweg 1
4450 Sissach

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

Liestal/Sissach, 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.
Ärztegesellschaft Baselland (AeG BL) 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 Ärztesgesellschaft Baselland (AeG BL) 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.

Der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten. 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 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.

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».

- Die AeG BL 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 **mindestens 2 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 abgestimmten Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten **für mehr als 15 Sitzungen** 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. **Diesem Umstand wäre allenfalls Rechnung zu tragen, indem zumindest der Vertrauensarzt/die Vertrauensärztin der Krankenversicherung, welche(r) den Kostengutsprache-Antrag auf Verlängerung der Therapie zu beurteilen hat, die fachliche Qualifikation für Psychiatrie und Psychiatrie ausweist.**

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 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 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 PsychotherapeutInnen**

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 ÄrztInnen sowie der beurteilenden VersicherungsärztInnen präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes sowie des Vertrauensärztin der

Versicherung, welche den Kostengutsprache-Antrag beurteilt, gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten für das gesamte Spektrum der benötigten Leistungen**

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. Es ist zudem zu gewährleisten, dass der Mangel *an intermediären Angebotsstrukturen* mit interdisziplinären Teams, welche auch soziale Betreuung und alltagsorientierte Unterstützung bieten, durch die Sicherstellung kostendeckender Leistungen behoben wird.

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.

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

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

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

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

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

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

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang

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

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 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 **4 Jahre** betragen, wovon **mindestens 2 Jahre** 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 **4 Jahre fachspezifische Weiterbildung 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)

***Art. 2 Abs. 1 KLV** ergänzt, dass die Wirksamkeit der angewandten Methode wissenschaftlich belegt (1a) und diese eine Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten umfasst (1b). Dies soll sowohl bei der psychologischen wie bei der ärztlichen Psychotherapie gelten, um die Grundlage zu schaffen, dass für jeden Patienten Messwerte bei Diagnose, im Verlauf und bei Ende der Therapie vorliegen.*

***Art. 3 KLV** reduziert den maximalen Ansatz von Abklärungs- und Therapiesitzungen von bisher 40 auf 30. Bestehen bleibt wie bisher die Möglichkeit der Verlängerung der Therapie auf Kostengutsprache des Versicherers. Diese erfolgt einheitlich sowohl für die ärztliche und die psychologische Psychotherapie. Weiter wird ergänzt, dass eine Versorgung maximal 60 Minuten bei Einzeltherapie und maximal 90 Minuten bei Gruppentherapie dauert.*

***Art. 11 KLV** (neu) regelt die Voraussetzungen für die Anordnung der psychologischen Psychotherapie.*

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Es ist grundsätzlich inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2+3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinn regeln, fundamentale Änderungen, die Einfluss auf die Qualität der Arbeit haben, ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wird.

Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsverfahren werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebögen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien 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 faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. **Die Methodenvielfalt muss unbedingt gewährleistet bleiben.**

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 finanzwert werden soll und wer für die Kosten für die Auswertung

einer solchen Datenerhebung übernehmen soll.

In der somatischen Medizin wird nirgend eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht, aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolges; eine solche würde somit nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und führt zu einer **unverhältnismässigen Erhöhung des administrativen Aufwandes**. Zudem beeinträchtigt die frühe und wiederholte Einmischung Dritter in die Psychotherapie die Behandlung. Die Reduktion der Dauer der einzelnen Sitzungen von maximal 75 Minuten auf 60 Minuten verunmöglicht oder erschwert massiv verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen, was gravierende qualitative Einbussen zur Folge hätte.

Insgesamt müssten Psychiaterinnen und Psychiater, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen erbringen und erhielten für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif 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 zur Vernehmlassung stehenden 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

ÄRZTEGESELLSCHAFT BASELLAND

sig. Dr. med. Tobias Eichenberger, FMH Urologie
Präsident

sig. Dr. med. Guido Becker, FMH Psychiatrie u. Psychotherapie
Vizepräsident II

sig. lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Geschäftsführer

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

Abkürzung der Firma / Organisation : AeGLu

Adresse : Schwanenplatz 7, 6004 Luzern

Kontaktperson : Ueli Zihlmann, Geschäftsführer AeGLu

Telefon : 041 410 88 85

E-Mail : sekretariat@aerzte-lu.ch

Datum : 16.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen

| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
|------------|---|
| AeGLU | <p>Allgemein</p> <p>Die durch den Bundesrat vorgeschlagene Neuregelung zur psychologischen Psychotherapie umfasst die folgenden zwei Elemente:</p> <p>Ein Wechsel vom Delegations- auf das Anordnungsmodell durch Aufnahme der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen als selbständig auf ärztliche Anordnung hin sowie auf eigene Rechnung tätige Leistungserbringer in der Verordnung über die Krankenversicherung. Die Möglichkeit der delegierten psychologischen Psychotherapie durch psychologische Psychotherapeuten entfällt (KVV; SR 832.102).</p> <p>Eine Anpassung der Voraussetzungen zur Kostenübernahme der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, SR 832.112.31) hinsichtlich Massnahmen der Koordination, Qualitätssicherung sowie Gewährleistung der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.</p> <p>Die Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern lehnt die Vorlage in der geplanten Form ab.</p> <p>Die Änderung nimmt Einfluss auf das Versorgungssystem und das Versorgungsangebot, wobei positive Effekte auf die Versorgungssituation nicht ausreichend ersichtlich, negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität zu erwarten sind und ferner mit einer Mengenausweitung und entsprechender Kostenzunahme gerechnet werden muss. Diese Kostenzunahme nimmt auch der Bundesrat vorweg, indem er zugleich vorschlägt, in die aktuell bestehende Tarifstruktur TARMED einzugreifen und zeitliche Limitationen für Konsultationen vorzunehmen, die sowohl ärztliche und psychologische Psychotherapeuten gleichermassen betreffen.</p> |
| AeGLU | <p>Mangel- und Fehlversorgung</p> <p>Im Kanton Luzern zeigt sich in Bezug auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung eine deutliche Unterversorgung, von daher begrüsst die Luzerner Ärztesgesellschaft Bemühungen um eine Verbesserung der Situation grundsätzlich. Vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht ein Mangel an Fachärzten. Inwieweit diese Problematik durch die vermehrte Zulassung von psychologischen Psychotherapeuten gelöst werden kann, ist jedoch unklar. Zumindest wird mit dem Vorschlag des Bundesrates kein Nachweis mit Vorlage entsprechender Studien und Daten vorgebracht, was aus unserer Sicht erforderlich wäre. Ausserdem stellt sich aufgrund des unterschiedlichen Tätigkeitsprofils die Frage, ob der Mangel an Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie durch die psychologischen Psychotherapeuten wirklich</p> |

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

| | |
|-------|--|
| | <p>kompensiert werden kann. Vielmehr ist anzunehmen, dass aufgrund der unterschiedlichen Ausbildung und Qualifikationen im klinischen Bereich, vermehrt leichter Kranke den Weg zu den psychologischen Psychotherapeuten finden, während schwerer Kranke keine Verbesserung der Situation erwarten können. Ähnliches zeigen Erfahrungen im Ausland, zum Beispiel in Deutschland, wo die psychologischen Psychotherapeuten seit längerem Zugang zur Grundversicherung haben.</p> <p>In den Kliniken und Ambulatorien tätige psychologische Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung wären zukünftig von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen, was für viele psychiatrische Ambulatorien nachteilig wäre, da hiervon auch die in Weiterbildung stehenden psychologischen Psychotherapeuten betroffen wären. Hier ist in der Folge auch mit einem Rückgang an Weiterbildungsstellen zu rechnen.</p> <p>Die Vorlage würde demnach eine bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern eher noch verschärfen sowie zu einer Mengenausweitung führen.</p> |
| AeGLU | <p>Versorgungs- und Weiterbildungsqualität</p> <p>Die Ärztesgesellschaft Luzern teilt die Haltung der SMHC sowie der FMPP hinsichtlich der mit der Vorlage vorgesehenen Dauer der klinischen Erfahrung. Vorausgesetzt wird 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.</p> <p>Dies ist für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen ungenügend. Die Ärztesgesellschaft Luzern schliesst sich der Haltung der SMHC an und fordert auch für die psychologischen Psychotherapeuten 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF-Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie).</p> <p>In der Vorlage ist vorgesehen, dass nicht nur Ärzte mit Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie psychologische Psychotherapie anordnen sollen. Inwieweit hierdurch eine ausreichende Indikationsqualität und Therapieevaluation möglich sind, ist aus unserer Sicht fraglich, da gemäss der Verordnung der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation des Psychotherapeuten und der durchgeführten Behandlung tragen würde. Diesbezüglich besteht zumindest Klärungsbedarf. Gegebenenfalls ist von den anordnenden Ärzten ein Qualifikationsnachweis – wie bisher im Delegationsmodell – zu fordern.</p> |

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

| | |
|---|--|
| AeGLU | <p>Kostenzunahme</p> <p>Wie oben bereits erwähnt, wird die Vorlage unserer Ansicht nach zu einer Zunahme von Behandlungen leichter Erkrankungen führen. Ohne Erhöhung des Versorgungsbudgets ist hierdurch eine Schlechterstellung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen zu erwarten. Grundsätzlich rechnen wir daher mit einer Mengenausweitung und entsprechend höheren Gesundheitskosten, da der vom Bundesrat geforderte niederschwellige Zugang zur Psychotherapie zwangsläufig zu einer höheren Nachfrage führen wird. Der Bundesrat versucht dies zu vermeiden, indem er zeitliche Limitationen sowohl für ärztliche wie für psychologische Psychotherapeuten vorsieht. Diese Limitationen treffen auch die nicht spezifisch psychotherapeutische ärztliche Tätigkeit (Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung). Dies wird zu einer weiteren Verschlechterung der finanziellen Situation der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie führen. Die meisten Ambulatorien sind auch heute schon unterfinanziert und auf staatliche Subventionen angewiesen, um die Versorgungssicherheit der Bevölkerung herzustellen.</p> <p>Aus unserer Sicht ist klarzustellen, dass die geplanten Massnahmen zwangsläufig eine Erhöhung der Kosten bedingen, nicht kostenneutral zu erhalten sind und wahrscheinlich ihren Sinn – die Verbesserung der Versorgungsqualität – verfehlen.</p> |
| | |
| 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. | 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. | 50 | 1 | c | <p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> b. <i>einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> c. <i>nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>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.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p> | <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |

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

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

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

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

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

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

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

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| | | | | <p>angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p> | |
| Error! Reference source not found. | | | | <p>II</p> <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</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</p> | <p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> |
| | | | | | |

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

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

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 : Association Fribourgeoise des Psychologues / Freiburger PsychologInnen Verband

Abréviation de l'entreprise / organisation : AFP/FPV (ci-après l'AFP)

Adresse : 1700 Fribourg

Personne de référence : Anjulie Muth

Téléphone : 079 407 30 72

Courriel : anjulie.muth@gmail.com

Date : 12.09.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le **17 octobre** 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 |
| AFP/FPV | <p>L'AFP remercie le Conseil fédéral pour l'ouverture de la procédure de consultation sur la modification de l'OAMal (RS 832.102) et de l'OPAS (RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. La suppression du modèle de la psychothérapie déléguée au profit de la reconnaissance de la formation postgrade des psychologues-psychothérapeutes et de leur aptitude à exercer la psychothérapie sous leur propre responsabilité professionnelle (ancrée dans la loi dès l'entrée en vigueur de la LPSy en 2013) est une étape attendue de longue date. L'AFP remercie également l'OFSP et ses instances pour le travail préliminaire qui a mené au projet d'ordonnance présenté. Nous regrettons toutefois que les prestataires n'aient pas été impliqués dès la phase d'élaboration de ce projet. Cela aurait permis d'améliorer la qualité et la cohérence du projet.</p> |
| AFP/FPV | <p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par l'AFP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'AFP approuve entièrement les objectifs de la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. Un accès amélioré à la psychothérapie est indispensable, notamment dans les situations de crise et d'urgence. La prescription par les médecins de premier recours permet de supprimer les obstacles actuels à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Nous sommes également clairement favorables à l'amélioration de la qualité des prestations que devrait entraîner un changement de modèle du fait du caractère contraignant de la LPSy. • En outre, l'AFP adhère totalement aux conditions relatives à la prescription, plus précisément à la proposition concernant les médecins habilités à prescrire une psychothérapie. Ces conditions garantissent l'accessibilité de la psychothérapie, ce qui permet de prendre en charge les patients à temps et, en réduisant la chronicisation et les séjours stationnaires, de faire des économies sur le long terme au sein du système de santé. |
| AFP/FPV | <p>Contenus du projet rejetés par l'AFP et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'AFP rejette la limitation à 30 séances. Elle demande le maintien du principe de la prescription de 40 séances, qui a fait ses preuves dans la pratique. De plus, la limitation à 30 séances alourdit la charge administrative et, à terme, entraîne une augmentation des coûts. |

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

| | |
|---------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • L'AFP rejette la fixation d'un nombre maximal de 15 séances par prescription. Là encore, cette mesure entraîne un surcoût sans présenter d'avantage supplémentaire. Qui plus est, elle désavantage les psychologues-psychothérapeutes par rapport aux prestataires médecins. • L'AFP rejette la pratique clinique supplémentaire d'un an pour les psychologues-psychothérapeutes formés dans un cursus accrédité par l'OFSP. • L'AFP rejette la réglementation de la durée des séances par le biais de la prescription. La durée des séances pour les thérapies individuelles et de groupes doit être fixée dans les conventions tarifaires. L'AFP demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • L'AFP adhère au principe de la demande de poursuite de la thérapie par le médecin prescripteur (néanmoins après 40 séances seulement). Le rapport correspondant doit toutefois être impérativement rédigé, signé et facturé par le psychologue-psychothérapeute traitant. • L'AFP s'oppose à l'introduction d'un diagnostic préliminaire, d'un diagnostic intermédiaire et d'un diagnostic final telle qu'elle est décrite dans le projet. En lieu et place, elle demande l'examen de la pertinence et de la faisabilité d'un tel diagnostic dans le cadre d'un projet pilote. Un procédé d'échantillonnage peut être mis en œuvre à cette fin. |
| AFP/FPV | <p>Adaptations complémentaires proposées par l'AFP, incluant des éléments manquants ou insuffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les psychologues-psychothérapeutes en formation ne sont pas suffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance. Dans un souci d'assurance qualité, nous soutenons la disposition stipulant que les psychologues suivant une formation de psychothérapeute ne sont pas autorisés à facturer à titre indépendant leurs prestations via la caisse-maladie. L'AFP demande toutefois que la formation professionnelle des psychologues-psychothérapeutes soit assurée et plaide en faveur d'une collaboration avec les cantons afin de garantir l'existence des places de formation à long terme. Il convient d'examiner la pertinence d'un modèle d'assistantat au cabinet du praticien, comparable à celui qui existe pour les médecins, ce qui implique la possibilité de facturer les prestations via l'AOS. Ce point doit être clarifié par la réglementation de la formation postgrade. Les possibilités dont disposent les médecins (convention-cadre Tarmed, article 8) doivent également être offertes aux psychologues-psychothérapeutes. • Le projet actuel est vague quant aux règles qui s'appliqueront à l'avenir aux psychologues-psychothérapeutes employés par des organisations de droit public et privé. Du point de vue de l'AFP, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. |

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

| | |
|----------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • L'AFP salue les mesures de base destinées à contrer une augmentation injustifiée du volume des prestations. Dans l'éventualité où l'augmentation du nombre de nouvelles admissions (autorisation cantonale d'exercer) dépasserait la moyenne suisse dans un canton, l'AFP envisage une solution comparable à celle prévue par le contre-projet indirect à l'initiative «Pour des soins infirmiers forts». • La psychothérapie repose sur le langage parlé. Par conséquent, l'AFP demande un justificatif des compétences linguistiques de niveau C1 dans l'une des langues nationales suisses comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger. |
| AFP/FPV | Pour faciliter la lecture de cette prise de position, il a été renoncé à utiliser les formes différenciées du masculin et du féminin. Sauf indication contraire, la forme générique désigne systématiquement les deux sexes. |

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) |
| AFP/FPV | 45-50a | | | Aucune remarque. | |
| AFP/FPV | 50b | | | <p>Autorisation de pratiquer pour les neuropsychologues</p> <p>Selon la nouvelle phrase introductive de la version allemande («<i>Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein</i>»), les neuropsychologues qui fournissent, sur prescription, des prestations à titre indépendant et à leur compte doivent obtenir une autorisation conforme au droit cantonal en vigueur.</p> <p>De notre point de vue, la formulation n'est pas claire. Elle présente un risque de confusion entre «Zulassung» (admission) et «Bewilligung» (autorisation). Si ces deux termes correspondent sans distinction à la volonté du Conseil fédéral, il est d'autant plus important d'adapter les dispositions transitoires concernant les neuropsychologues (voir remarques relatives aux dispositions transitoires).</p> | |
| AFP/FPV | 50c | 1 | a et b | <p>Titre fédéral et autorisation cantonale</p> <p>Il s'impose et semble pertinent de baser les conditions d'admission des psychologues-psychothérapeutes sur le titre de formation postgrade fédéral défini par la LPsy, ainsi que sur l'autorisation de pratiquer cantonale.</p> | |

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

| | | | | | |
|---------|-----|---|---|--|--|
| AFP/FPV | 50c | 1 | c | <p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour l'AFP, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. L'AFP adhère également à l'argument du Conseil fédéral, selon lequel une expérience au sein d'équipes interprofessionnelles et la confrontation à un large éventail de troubles sont un préalable essentiel au traitement des maladies dans le cadre de la LAMal. L'AFP s'oppose cependant à l'année de pratique clinique supplémentaire de 12 mois exigée pour les psychologues qui se forment à la psychothérapie dans un cursus accrédité en Suisse, dans la mesure où 24 mois de pratique clinique sont déjà requis dans les standards de qualité (LPsy, 2013) mis en place et avalisés par l'OFSP. Ces standards garantissent le haut niveau de qualité de prestations fournies par les psychologues-psychothérapeutes et attestent de leurs compétences à collaborer et communiquer dans un cadre interdisciplinaire (LPsy, ch.3, sect.1, art.5, al.c).</p> <p>Cependant pour permettre aux personnes qui ont suivis leur formation de psychothérapie à l'étranger, de se familiariser avec le système de santé local et ses usages, nous recommandons que la Commission des professions de la psychologie (PsyCo) puisse exiger 12 mois de pratique clinique. D'autre part, cette pratique clinique de 12 mois doit pouvoir être effectuée sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou d'une psychologue-psychothérapeute reconnu par la confédération.</p> <p>Par ailleurs, le nombre de postes dans les institutions ISFM des catégories A et B proposées ne correspond pas aux besoins à remplir. Il existe actuellement déjà une pénurie de places de</p> | <p>Modification proposée:</p> <p>Vu les commentaires afférents et en particulier la réglementation uniforme suffisante de la Lpsy, nous demandons à supprimer la let. c de l'art. 50c al. 1 pour les psychologues-psychothérapeutes formés dans un cursus accrédité par l'OFSP, et de laisser la PsyCo juger de la pertinence de ces 12 mois de pratique clinique pour les psychologues-psychothérapeutes formés à l'étranger.</p> |
|---------|-----|---|---|--|--|

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

| | | | | | |
|---------|-----|---|----------------|---|---|
| | | | | <p>formation, qui serait accentuée par l'introduction d'une année de pratique clinique supplémentaire.</p> <p>Par conséquent, l'AFP demande les adaptations suivantes :</p> <p>Pas d'année de pratique clinique supplémentaire exigée pour les psychologues formés à la psychothérapie dans un cursus accrédité en Suisse avec une possible exigence de cette année clinique pour les psychologues-psychothérapeutes s'étant formés à l'étranger.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'AFP rejette l'exigence d'une année de pratique clinique supplémentaire. • La pratique clinique supplémentaire pour les psychologues-psychothérapeutes formés à l'étranger doit en outre pouvoir être effectuée sous la direction, soit d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, soit d'un psychologue-psychothérapeute reconnu au niveau fédéral. | |
| AFP/FPV | 50c | 1 | d (nouveau) | <p>Compétences linguistiques</p> <p>La psychothérapie est une forme de thérapie qui repose sur l'expression orale. Par conséquent, des compétences linguistiques insuffisantes constituent une menace pour le succès de la thérapie. L'AFP demande que les compétences linguistiques soient intégrées à l'ordonnance comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger.</p> | d. pouvoir justifier des connaissances nécessaires dans la langue officielle de la région dans laquelle la demande d'admission est déposée (niveau C1 du cadre de référence européen) |
| AFP/FPV | 50c | 2 | | Exigences relatives aux établissements de formation postgrade | Ajout |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>L'AFP estime que l'importante raréfaction des places de formation disponibles est critique. Afin de garantir la prise en charge à long terme et d'éviter la pénurie de places de formation, l'AFP formule la proposition suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cantons doivent être tenus de mettre à disposition, en collaboration avec les associations professionnelles, des places de formation dans les établissements et les organisations proposés, en les assortissant de conditions de rémunération équitables. • Au besoin, des institutions et des organisations supplémentaires, non reconnues par l'ISFM, peuvent être admises comme établissements de formation postgrade pour les psychologues-psychothérapeutes. Nous suggérons également que les psychologues-psychothérapeutes reconnus au niveau fédéral puissent former les psychologues à la formation en psychothérapie ceci sur un modèle similaire à la délégation. <p>Rectification de l'absence de mention aux établissements de formation postgrade ambulatoires Le projet de réglementation propose de retenir les établissements des catégories A et B. Or, l'art. 50, al. 2 ne mentionne que les chiffres renvoyant à des établissements stationnaires (5.2.1 et 5.2.2). Il manque ceux correspondant aux services ambulatoires (5.2.3.1 et 5.2.3.2).</p> <p>De plus, la suppression des positions Tarmed relatives à la psychothérapie déléguée crée une incertitude quant au</p> | <p>[...] dans la version du 15 décembre 2016. Au besoin, des organisations supplémentaires, ne disposant pas d'une reconnaissance de l'ISFM, peuvent être admises comme établissements de formation postgrade.</p> <p>Ajout des chiffres manquants : L'établissement de psychiatrie et psychothérapie [...] doit disposer d'une reconnaissance [...] de catégorie A, conformément aux ch. 5.2.1 et 5.2.3.1, ou B, conformément aux ch. 5.2.2 et 5.2.3.1 du Programme de formation postgraduée [...].</p> |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|---------|---------------|--|--|---|--|
| | | | | financement de ces places de formation - cela pose problème, notamment dans le domaine hospitalier ambulatoire. Cette problématique peut être contrée en imposant aux cantons la mise à disposition et le co- financement d'un nombre suffisant de places de formation postgrade (comme pour les médecins). | |
| AFP/FPV | 52d | | | Aucune remarque. | |
| AFP/FPV | (nouveau) 52e | | | La justification de l'ajout de l'organisation de neuropsychologie est la même que pour la psychothérapie: le besoin d'une offre de soins moderne telle que celle définie dans la Stratégie Santé 2020. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html . | Organisation des neuropsychologues Les organisations de neuropsychologues sont admises lorsqu'elles: <ul style="list-style-type: none"> a) sont admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité; b) ont délimité leur champ d'activité quant au lieu, à l'horaire de leurs interventions, aux aspects techniques et aux personnes auxquelles elles fournissent leurs prestations; c) fournissent leurs prestations au travers de personnes remplissant les conditions énoncées à l'art. 50b; d) disposent des équipements |

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

| | | | | | |
|---------|-------------------------|------------|--|---|---|
| | | | | | correspondant à leur champ d'activité; participent aux mesures de contrôle de la qualité (art. 77) qui garantissent qu'elles fournissent, dans leur champ d'activité, des prestations neuropsychologiques adéquates et de bonne qualité. |
| AFP/FPV | Disposition transitoire | Al. 1 et 2 | | L'AFP salue les deux dispositions transitoires, qui vont dans le sens du maintien des acquis des psychologues-psychothérapeutes déjà admis. Elles permettront d'atténuer de manière pertinente la demande de places de formation. | |
| AFP/FPV | Disposition transitoire | Al. 3 | | L'AFP constate que les neuropsychologues sont absents de cette disposition transitoire. Certains cantons ne soumettent pas l'exercice de l'activité de neuropsychologue à l'obtention d'une autorisation. Par conséquent, une disposition transitoire qui tiendrait compte des neuropsychologues de façon adéquate ne saurait subordonner leur admission à l'obtention d'une autorisation, mais à leur admissibilité à une activité pouvant être facturée à l'assurance obligatoire de soins. | Les fournisseurs de prestations visés aux art. 45 et 46, al. 1, let. a à c, e et f [...] |

Si vous souhaitez supprimer des tableaux du formulaire ou ajouter des lignes, désactivez la protection en écriture sous «Révision/Protéger/Désactiver la protection». Voir 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. | Al. | Let. | Commentaires/remarques | Modification proposée (texte proposé) |
|----------------|------|-----|------|--|---|
| AFP/FPV | 2 | 1 | a | Aucune remarque. | |
| AFP/FPV | 2 | 1 | b | <p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>L'AFP partage la volonté du Conseil fédéral de favoriser la garantie de la qualité et l'adéquation de la fourniture des prestations. La proposition d'introduire un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final ne va cependant pas dans ce sens, et ce pour les raisons suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'introduction d'un tel diagnostic pour chaque patient créerait un énorme volume de données, dont le traitement, que ce soit sur le plan technique ou du contenu, et les coûts associés seraient disproportionnés par rapport au bénéfice retiré. • Pour des raisons liées à la protection des données, une collecte de données par patient individuel n'est pas admissible. • La collecte de données en continu est certes un aspect scientifique majeur de la recherche en psychothérapie. Elle n'est | <p>Biffer l'art. 2, al. 1, let. B.</p> <p>B. elle comprend un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final.</p> |

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

| | | | | | |
|---------|---|--|--|---|---|
| | | | | <p>cependant pas réalisable dans le cadre d'une surveillance de routine, dans la mesure où le nombre de séances prescrit (30) est insuffisant pour une thérapie comme pour une surveillance de routine. De plus, selon la nature du trouble concerné, elle risque de mettre à mal le succès de la thérapie. La réalisation d'un diagnostic préliminaire nécessite 4 à 5 séances à elle seule, voire 7 pour les enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le contrôle de la fourniture de prestations via des moyens psychométriques constitue une discrimination des maladies psychiques vis-à-vis des maladies somatiques lorsqu'un tel contrôle n'est pas impératif. <p>L'AFP propose d'examiner l'adéquation et la faisabilité de l'introduction d'un tel diagnostic et des instruments à utiliser dans le cadre d'un projet pilote. Cela pourrait, par exemple, s'inscrire dans le cadre de l'«article relatif aux projets pilotes» qu'il est prévu d'intégrer à la LAMal. Un modèle d'échantillonnage sophistiqué pourrait ensuite être dérivé des résultats obtenus en vue d'une utilisation systématique.</p> | |
| AFP/FPV | 3 | | | Prise en charge de 30 séances et limitation de la durée des séances | L'assurance prend en charge les coûts pour un maximum de 40 séances |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>L'AFP n'adhère pas à la proposition de prise en charge de 30 séances. Le nombre de 40 séances a fait ses preuves. Pour mémoire: dès les années 90, le nombre de séances, alors plus bas, a dû être augmenté à 40 pour des raisons de praticabilité.</p> <p>La rédaction du rapport prévu après 30 séances générerait une charge de travail disproportionnée pour l'ensemble des acteurs (fournisseurs de prestations, caisse, patient). La pratique (avec les assurances privées) a démontré que les patients ne font pas usage d'une prescription quand ils n'en ont pas besoin.</p> <p>Une limitation de la durée des séances à 60 minutes pour les thérapies individuelles et à 90 minutes pour les thérapies de groupe n'est pas indiquée, car elle rendrait impossible des formes de traitement importantes, notamment les interventions en cas de crise, les investigations concernant les enfants et les adolescents, l'exposition en cas de phobies, les psychothérapies avec l'assistance d'un interprète, etc. La prise en charge des catégories de personnes particulièrement vulnérables s'en trouverait compliquée.</p> <p>Par conséquent, l'AFP estime que les exigences relatives à la durée des séances ne doivent pas être réglées par voie d'ordonnance et demande la suppression de la durée</p> | <p>diagnostiques et thérapeutiques d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe. L'article 3b est réservé.</p> |
|--|--|--|--|--|---|

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

| | | | | | |
|---------|-----|-------------------------------------|---|--|--|
| | | | | proposée des séances pour les thérapies individuelles et de groupe. Celle-ci doit être fixée dans les conventions tarifaires, autrement dit par le biais de la tarification. Cf. suppression du passage concernant la durée des séances à l'art. 11B, al. 2 et 3. | |
| AFP/FPV | 3b | Titre Al. 1, phrase introductive | | Cf. justification concernant l'art. 3 | Procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 40 séances Pour que, après 40 séances, l'assurance continue de prendre en charge les coûts [...] |
| AFP/FPV | 11b | 1 | | Aucune remarque. | |
| AFP/FPV | 11b | 1 | a | Médecins habilités à prescrire L'AFP approuve entièrement la proposition relative aux médecins habilités à prescrire une psychothérapie pratiquée par un psychologue. Accorder à différentes catégories de médecins la possibilité d'adresser des patients va clairement dans le sens de la suppression des obstacles à la prise en charge - notamment dans les situations de crise. Pour les personnes qui ont opté pour un modèle d'assurance tel que le modèle de médecin de famille, par exemple, un autre médecin peut ainsi prescrire la psychothérapie. | Modification proposée pour la version française: [...] 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 [...] |

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

| | | | | | |
|---------|-----|---|---|---|---|
| | | | | | |
| AFP/FPV | 11b | 1 | b | <p>Interventions en cas de crise</p> <p>Les interventions en cas de crise sont sans rapport avec les thérapies de courte durée.</p> <p>Une crise peut être déclenchée, non seulement par une maladie somatique, mais aussi par un trouble psychique. Par conséquent, la restriction aux crises d'origine somatique est inappropriée. Il convient donc de biffer l'adjectif «somatique».</p> <p>L'AFP salue la proposition concernant la possibilité d'élargir la compétence de prescription aux médecins de toute spécialité pour les interventions en cas de crise, qui va dans le sens d'une suppression des obstacles à la prise en charge. Cela améliore clairement l'accès à la psychothérapie. Manquent néanmoins la définition de la situation de crise et les critères à remplir pour qu'elle puisse être retenue.</p> | <p>Modification proposée :</p> <p>s'agissant des prestations fournies dans le cadre d'interventions en cas de crise ou de thérapies de courte durée pour des patients atteints de maladies somatiques graves, en cas de nouveau diagnostic ou d'une situation mettant la vie en danger, par un médecin titulaire d'un titre postgrade visé à la let. a ou d'un autre titre postgrade.</p> |
| AFP/FPV | 11b | 2 | | <p>Limitation à 15 séances</p> <p>La limitation à 15 séances est inacceptable, car coûteuse et inutile. L'inégalité de traitement par rapport aux psychothérapeutes-médecins n'est pas justifiée sur le plan professionnel. Elle entraîne une surcharge administrative, au détriment des patients et de la thérapie. Une</p> | <p>Demande de suppression de l'alinéa:</p> <p>Pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, l'assurance prend en charge, par prescription médicale, les coûts de 15 séances au plus, d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie</p> |

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

| | | | | | |
|---------|-----|---|--|--|---|
| | | | | <p>telle restriction rend impossible la prise en charge de personnes atteintes de troubles chroniques graves. Elle détériore l'accès à la psychothérapie au lieu de l'améliorer.</p> <p>Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances.</p> | <p>individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe.</p> |
| AFP/FPV | 11b | 3 | | <p>L'AFP n'a rien à objecter à la limitation à 10 séances concernant les interventions en cas de crise.</p> <p>Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances.</p> | <p>Pour les prestations visées à l'al. 1, let. b, l'assurance prend en charge les coûts de dix séances au plus d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapies de groupe.</p> |
| AFP/FPV | 11b | 4 | | <p>Cf. art. 11b, al. 2. Le rapport doit être rédigé et présenté conformément à l'art. 11, al. 5.</p> | <p>Demande de suppression de l'alinéa: Le psychologue-psychothérapeute rédige, avant l'échéance des séances prescrites, un rapport à l'intention du médecin qui prescrit la thérapie.</p> |
| AFP/FPV | 11b | 5 | | <p>Les rapports après 40 séances doivent être rédigés par le psychologue-psychothérapeute en charge du cas et non par le médecin prescripteur. Toute autre exigence est inappropriée.</p> | <p>Si, pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, la psychothérapie doit être poursuivie après 40 séances, la procédure prévue à l'art. 3b est applicable par analogie; la demande est formulée par le médecin prescripteur, le rapport est rédigé par le psychologue-psychothérapeute.</p> |

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

| | | | | | |
|---------|-------------------------|--|--|--|--|
| AFP/FPV | Disposition transitoire | | | La durée de prise en charge supplémentaire de 12 mois des prestations de psychothérapie déléguée est plutôt courte, mais acceptable. | |
|---------|-------------------------|--|--|--|--|

Département fédéral de l'intérieur
Monsieur le Conseiller fédéral
Alain Berset
Par e-mail à :

[Leistungen-
Krankenversicherung
@bag.admin.ch;](mailto:Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch)
gever@bag.admin.ch

Berne, le 18 septembre 2019

Consultation: Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) 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'admissions des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale

Réponse de l'association Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe)

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous vous remercions de nous offrir l'opportunité de participer à la consultation relative aux objets susmentionnés. mfe - Médecins de famille et de l'enfance Suisse représente les intérêts professionnels des médecins de famille et de l'enfance au niveau national.

mfe soutient la pétition lancée par la Fédération Suisse des Psychologues (FSP), l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP) et l'Association professionnelle Suisse de Psychologie Appliquée (SBAP) intitulée « Eliminer les obstacles – Garantir la prise en charge des maladies psychiques ». De ce fait, mfe remercie le Conseil fédéral d'avoir lancé cette consultation qui prévoit de passer du modèle de la délégation à celui de la prescription. Le modèle en vigueur est injuste et entrave une prise en charge des soins de qualité.

Appréciation générale

mfe se réjouit des nombreuses améliorations que ce projet de loi apporte. Pour les médecins de famille et de l'enfance la situation présente est insatisfaisante. Dans leur quotidien, il arrive trop souvent que les enfants, jeunes et adultes qui devraient suivre une psychothérapie, ne puissent pas être pris en charge de manière appropriée en raison des longs délais d'attente. Les conséquences sont désastreuses autant pour les personnes dans le besoin que pour le système de santé. Les problèmes psychiques se compliquent avec le temps ce qui accentue les souffrances des personnes concernées. Il en résulte des séjours hospitaliers onéreux, la prise de médicaments et des arrêts de travail – ce qui représente des coûts pour la société dans son ensemble. Ce modèle engendre par ailleurs une iniquité où les personnes qui ont les moyens peuvent suivre une thérapie en la payant de leur poche ou à travers leur assurance complémentaire.

Nous regrettons cependant que le projet de loi ait été élaboré sans la consultation préalable des psychiatres et des psychologues-psychothérapeutes, directement concernés dans leur travail quotidien par la modification envisagée. Nous prions donc l'administration fédérale à inviter les prestataires de soins concernés à participer à la conception de cette modification législative. Leur implication est essentielle, elle contribuera à améliorer la qualité et cohérence des modifications législatives prévues et par conséquent de la prise en charge future des patientes et patients.

Renforcement de la médecine de famille et de l'enfance

La mesure principale de ce projet consiste de passer d'un modèle où la prise en charge par des psychologues-psychothérapeutes ne peut être remboursée par l'AOS uniquement si elle a été déléguée et fournie sous la surveillance de psychiatres (ou médecins autorisés) dans les locaux de ces derniers, à un modèle où les psychothérapies pourront être prescrites par des médecins issus de diverses spécialisations, entre autres par un médecin de famille ou un pédiatre. mfe se réjouit de la reconnaissance et du renforcement de la médecine interne générale et de la pédiatrie que ce projet englobe. Le médecin de famille et le pédiatre ont acquis dans le cadre de leur formation des compétences médicales, pharmacologiques et psychosociales qui leur permettent de prendre en charge une partie des troubles psychiques. Par ailleurs, proche des besoins et détenant une connaissance approfondie du contexte de vie de la personne,

l'approche des médecins de famille et des pédiatres permet d'intégrer les soins psychiques et psychiatriques dans une vision globale des patientes et patients. Dans les situations qui demandent des compétences en santé mentale plus approfondies, les médecins de famille et les pédiatres pourront prescrire des consultations auprès des psychiatres ou psychologues-psychothérapeutes en fonction des cas.

Favoriser la collaboration interprofessionnelle

Peu importe le système choisi, il n'en reste pas moins que la collaboration interprofessionnelle est un facteur clé d'une prise en charge continue réussie. Or, comme le dit le rapport explicatif, les équipes interprofessionnelles sont encore peu établies en Suisse. Le rôle-clé du médecin généraliste se voit renforcé dans ce projet ce qui va de pair avec un besoin de collaboration interprofessionnelle accru entre le médecin de famille ou le pédiatre et le psychiatre ou les psychologues-psychothérapeutes dans les cas où cela s'avère nécessaire.

Consciente de l'importance de la collaboration interprofessionnelle, mfe vise à promouvoir et développer des modèles de collaboration interprofessionnelle depuis de nombreuses années déjà. Pour une collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire réussie, il est essentiel que des conditions-cadres qui lui sont favorables soient mises sur pied, comme par exemple une position tarifaire adéquate pour coordonner la prise en charge des patientes et patients entre les différents intervenants et établissements. mfe demande à ce que le système prévoit un financement adéquat permettant le renforcement de l'échange interprofessionnelle nécessaire à une collaboration réussie.

Nécessité d'agir dans d'autres domaines

Par ailleurs, le rapport explicatif mentionne les principales problématiques relatives à la pénurie des soins et soins inadaptés (p.6-7) : des capacités insuffisantes en termes d'établissement appropriés, manque de soins psychiatriques et psychiques dans les régions rurales, manque d'offres intermédiaires, problèmes de financement des prestations de coordination, etc. Bien que le présent projet améliore indéniablement la prise en charge, d'autres mesures devront être prises par les acteurs (Confédération, cantons, fournisseurs de prestations, etc.) pour répondre à ces autres enjeux.

Augmentation des coûts

Comme le rapport de l'OFSP l'explique, une hausse des coûts va de pair avec les changements législatifs prévus. Il faut donc sensibiliser les politiques, les assureurs, l'administration et les autres acteurs concernés à cette prévision afin d'éviter toute surprise face à l'augmentation des coûts dans ce domaine. Une augmentation se justifie dans le sens où la prise en charge sera considérablement améliorée.

Assurer une prise en charge des personnes atteintes de maladies psychiques et somatiques graves

Bien que d'avantage de personnes auront un accès à une prise psychothérapie, il reste essentiel que les personnes souffrant de maladies psychiques et somatiques graves puissent également accéder à une prise en charge de haute qualité conforme à leurs besoins. Les psychiatres tout particulièrement doivent recevoir le soutien approprié afin que l'accès à une thérapie soit également amélioré pour les personnes atteintes de maladies psychiques et somatiques graves.

Remarques par rapport à certains articles

Art. 50c, OAMaI

mfe salue l'uniformisation gage de qualité qu'entraîne cet article en demandant que les psychologues-psychothérapeutes soient titulaires d'un titre postgrade fédéral dans le domaine pour que leur activité soit prise en charge par l'AOS.

Art. 50c, al. 1 let. c, OAMaI

Selon le projet dans sa version actuelle, une fois leur formation postgrade achevée, les psychologues-psychothérapeutes devront acquérir une expérience clinique d'un an dans un établissement de psychiatrie et psychothérapie en plus des deux ans déjà demandé pour obtenir leur postgrade. Les raisons mentionnées sont que cette pratique clinique n'implique pas forcément tout l'éventail des troubles et l'interprofessionnalité nécessaires pour le traitement de maladies dans le cadre de la LAMaI. Pour mfe, il est impératif que la formation des psychologues-psychothérapeutes soit établie de façon à assurer une prise en charge de haute qualité des patientes et patients. De ce fait, une année supplémentaire d'expérience clinique est acceptable dans la mesure où elle serait effectuée dans un établissement qui recouvre un vaste éventail des troubles les plus fréquents rencontrés en pratique et que cette

expérience clinique supplémentaire puisse également avoir lieu durant la formation postgraduée. Il n'est pas compréhensible que le projet de loi actuel prévoit cette expérience clinique supplémentaire uniquement après l'achèvement de la formation postgraduée.

Par ailleurs, mfe rejette le fait que cette expérience puisse uniquement avoir lieu "sous la direction d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie". mfe demande à ce que cette expérience puisse aussi être acquise sous la direction d'une psychologue-psychothérapeute, titulaire d'un titre postgrade fédéral. En effet, cette disposition créerait un nouvel obstacle non-justifié à la formation des psychothérapeutes et limite le nombre de place de formation, ce qui aura un impact sur la disponibilité des soins.

De plus, nous demandons que la liste des établissements de l'ISFM des catégories A et B, soit élargie, afin de garantir un nombre suffisant de places de formation pour les psychologues-psychothérapeutes en formation. Pour mfe il est essentiel que les psychologues-psychothérapeutes aient une expérience clinique suffisante leur permettant une prise en charge de haute qualité de l'ensemble des troubles auxquels ils peuvent être confrontés.

Art. 2, al. 1 let. b, OPAS

Avec l'ajout de cet article, il est demandé qu'un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final soient établis à l'aide d'instruments validés aussi bien pour la psychothérapie pratiquée par un psychologue que pour celle pratiquée par un médecin. mfe demande à ce que cet article soit supprimé car ces mesures ne permettent pas d'assurer la qualité et l'adéquation des prestations fournies. D'une part, exercer un tel contrôle sur les personnes souffrant de maladies psychiques est une discrimination par rapport aux personnes souffrant de maladies somatiques. D'autre part, l'introduction d'un tel instrument poserait d'énormes problèmes aussi bien pour sa mise en œuvre que pour des questions de protection des données des patients, ainsi que pour les effets indésirables que cela pourrait avoir sur la décision d'un fournisseur de prestation de suivre ou non les patients ayant des troubles graves. Finalement, un tel instrument entrave la liberté thérapeutique des fournisseurs de prestations.

Art. 3b, al. 1, OPAS

mfe est en faveur d'une limite de prescription à 40 séances avant de devoir demander à l'assurance une garantie de prise en charge au lieu des 30 proposées dans ce projet. La décision de réduire le temps de consultation n'est scientifiquement pas fondé. Les craintes de hausses injustifiées des coûts pour justifier le passage de 40 usuellement admis jusqu'ici à 30 sont injustifiées. mfe demande donc que le nombre de séances soit établi à 40. Il y a par ailleurs aucune justification à ce que les psychiatres soient limités à 30 séances du fait que les psychologues-psychothérapeutes puissent à l'avenir facturer à la charge de l'AOS.

mfe rejette également la limitation du temps maximal d'une séance à 60 minutes pour une thérapie individuelle et de 90 minutes pour une thérapie de groupe. De telles limitations n'ont pas leur place au niveau de l'ordonnance et doivent donc être supprimées. La nécessité ou non d'une prise en charge doit impérativement rester entre les mains du médecin.

Art. 11b, al. 2, OPAS

Le nombre maximal de séances de psychothérapie pratiquée par un psychologue est de quinze par prescription médicale. mfe rejette cette disposition et demande 20 séances. La prescription de 20 séances est acceptable, tout particulièrement pour les thérapies à long terme. Dans le rapport de l'OFSP il est noté que les thérapies durent en moyenne plus de 30 séances. De ce fait, fixer 20 séances par prescription médicale et augmenter la limite des prescriptions à 40 séances avant de devoir demander une garantie à l'assurance fait plus de sens. Fixer la limite à moins de 20 séances est un facteur d'insécurité pour les patients. Cela induit une charge administrative et un coût supplémentaire pour les psychologues-psychothérapeutes comme pour les médecins faisant la prescription. Comme mentionné dans le cadre de l'art. 3b, al. 1, OPAS, mfe rejette également la limitation de la durée des séances au niveau de l'ordonnance.

Art. 11b, al. 3, OPAS

mfe rejette ici encore la limitation de la durée des séances au niveau de l'ordonnance.

Art. 11b, al. 5, OPAS

Le processus relatif au rapport à transmettre à l'assurance une fois que le nombre de 40 séances est dépassé est à clarifier : le médecin prescripteur demande au psychologue-

psychothérapeute le rapport avant l'échéance des séances prescrites, puis le psychologue-psychothérapeute rédige le rapport à l'intention du médecin prescripteur.

Adaptation des conditions d'admissions des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale

mfe approuve cette adaptation où les conditions d'admission peuvent directement se référer à celles définies dans la LPSan.

Nous vous remercions de votre attention et vous prions de recevoir, Monsieur le Conseiller fédéral, nos salutations distinguées.



Philippe Luchsinger
Président de l'association Médecins
de famille et de l'enfance Suisse

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 : Association Fribourgeoise de pédopsychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents

Abréviation de l'entreprise / organisation : AFPPEA

Adresse : Ch de la Fonjaletta 22, 1663 Pringy

Personne de référence : Sibylle Castella Beer, secrétaire et membre du comité de présidence

Téléphone : 078 842.23.54

E-mail : sibylle.castellabeerluewin.ch

Date : 17.10.2019

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 |
|----------------|---|
| AFPPEA | La AFPPEA rejette les modifications des ordonnances dans la forme présentée. |
| | <p>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.</p> <p><i>La AFPPEA demande le retrait des modifications pour la psychothérapie médicale et exige d'être prise en compte dans l'élaboration de l'OPAS, en ce qui concerne la psychothérapie médicale.</i></p> |

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) |
| AFPPEA | 50 | 1 | c | <p>Les psychologues-psychothérapeutes</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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),</p> | <p>...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).</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>On créera ainsi, pour de nombreux patients, une</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>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).</p> <p>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.</p> <p><i>EXIGENCE DE LA AFPPEA : 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</i></p> | |
|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|--------|--|--|--|--|---|
| | | | | <p><i>psychiatriques. Nous sommes d'avis 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></p> <p>EXIGENCE DE LA AFPPEA : <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></p> <p>La AFPPEA <i>est 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></p> | |
| AFPPEA | | | | <p>Concernant les dispositions transitoires, al. 1 et al. 2 : Le Conseil fédéral autorise sur la base des droits acquis</p> | <p>SUPPRESSION des al. 1 et 2 des dispositions transitoires.</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>plus de 7000 psychologues-psychothérapeutes à traiter des enfants et des adolescents atteints de maladies 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.</p> <p>La AFPPEA considère ces deux points comme un danger pour la qualité et l'efficacité de la prise en charge psychothérapeutique de la population.</p> <p>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.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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) |
|----------------|---------------------|---|--|
| AFPPEA | 2, al. 1, lettre b) | <p>Nécessité des instruments de mesure en psychothérapie ?</p> <p>L'introduction de tels instruments de « diagnostic » est inutile pour les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p> | 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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p> | |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|--------|--------|---|--|
| | | <p>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.</p> <p>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 ?</p> <p>EXIGENCE : La AFPPEA demande que le point 1b soit supprimé.</p> | |
| AFPPEA | Art. 3 | <p>Prise en charge des coûts</p> <p>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.</p> <p>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</p> | <p>MAINTIEN DE L'ANCIEN TEXTE DE L'ORDONNANCE</p> <p>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.</p> |

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

| | | | |
|---------------|---------------------|---|---|
| | | <p>patients et les payeurs de primes.</p> <p>EXIGENCE DE LA AFPPEA : <i>Maintien de 40 séances jusqu'à la première demande de garantie de prise en charge des coûts pour la psychothérapie</i></p> <p>Durée des thérapies individuelles : réduction de la durée maximale de la séance de 75 à 60 minutes</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>EXIGENCE : <i>Pas de réduction de la durée maximale de la séance de 75 à 60 minutes pour la psychothérapie</i></p> | |
| AFPPEA | Art. 11b, lettre a. | <p>Qui peut prescrire ?</p> <p>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</p> | <p>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</p> |

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

| | | | |
|---------------|--------------------------|--|--|
| | | <p>formation postgraduée de médecin spécialiste en psychiatrie et 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.</p> <p>EXIGENCE DE LA AFPPEA : <i>La AFPPEA exige que 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.</i></p> <p>EXIGENCE DE LA AFPPEA : <i>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.</i></p> | <p>psychosomatique et psychosociale de l'Académie Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale (ASMPP).</p> <p>Alternative :</p> <p>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 ».</p> |
| AFPPEA | Art. 11b, al. 4 et al. 5 | <p>Rapport avant l'échéance des séances prescrites</p> <p>« 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</p> | |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>psychothérapie doivent être présentés par le médecin ayant prescrit le traitement. »</p> <p>Comment le médecin peut-il évaluer le déroulement d'une thérapie qui a été dispensée sous l'entière responsabilité du psychologue ?</p> <p>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.</p> | |
|--|--|--|--|

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) |
| AFPPEA | | <p>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 !</p> <p>EXIGENCE : La SSPPEA doit être impliquée dans l'évaluation et dans l'étude d'accompagnement.</p> | <p>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.</p> |
| AFPPEA | | <p>Dispositions transitoires</p> <p>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.</p> | <p>Dispositions transitoires</p> <p>L'assurance prend en charge les coûts pour les prestations de psychothérapie déléguée au plus tard jusqu'à 24 mois après entrée en vigueur.</p> |
| AFPPEA | | <p>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 envoient un mauvais signal et ne sont pas de nature à</p> | |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | promouvoir (avec les coûts en hausse) le traitement de nombreux patients et notamment des enfants et adolescents gravement malades. C'est pourquoi la AFPPEA exige 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 : Aargauer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : AGPP

Adresse : Zollrain 2 5000 Aarau

Kontaktperson : Dr. med. Carina Siegwart

Telefon : 062 823 24 90

E-Mail : praesidium@psychiatrie-aargau.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 |
| AGPP | DIE ...AGPP..... LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB. |
| AGPP | <p>Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden.</p> <p><i>Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i></p> |
| AGPP | |
| AGPP | |
| AGPP | |
| AGPP | |

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) |
| AGPP | 50 | 1 | c | <p>Psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B). Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen. Vor allem haben die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch keine Erfahrungen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Folglich werden sich die Psychologinnen und Psychologen in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren. In diesem Bereich werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots sorgen. Das wird zu einer deutlichen Kostenausweitung im Gesundheitswesen führen (weit höher als die postulierten 100 Mio.), <u>ohne</u> entsprechende</p> | <p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 3 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmepflicht mit breitem Krankheitsspektrum).</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung wird nicht behoben werden, hingegen wird es zu einer Fehlversorgung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Sie werden grosse Mühe</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten (vgl. auch Bemerkung weiter unten Art. 2, Abs. 1, Bst. b) KVV)</p> <p>Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p><i>FORDERUNG: 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></p> | |
|--|--|--|---|--|

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

| | | | | |
|------|--|--|--|---|
| | | | <p>Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenzwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</p> <p>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die AGPP, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</p> <p>Die AGPP..... unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</p> | |
| AGPP | | | <p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Personen zu behandeln, obwohl sie als Therapeuten nur über ein Jahr klinischer Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art.11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Die erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der</p> | <p>STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen</p> |

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

| | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p> <p>Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist entsprechend explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologische Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt liegt.</p> | |
| AGPP | | | | | |
| AGPP | | | | | |
| AGPP | | | | | |
| AGPP | | | | | |
| AGPP | | | | | |
| AGPP | | | | | |
| AGPP | | | | | |
| AGPP | | | | | |
| AGPP | | | | | |

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 |
| AGPP | 2, Abs. 1, Bst. B) | <p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig.</p> <p>Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Gegebenenfalls können, abhängig vom Krankheitsbild, zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat.</p> <p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, präferiert doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der</p> | <p>STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie</p> |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen</p> | |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|------|--------|--|---|
| | | <p>Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbar Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.</p> <p>Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> <p>FORDERUNG: Die AGPP..... fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</p> | |
| AGPP | Art. 3 | <p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der Verordnungsänderung zu erwartenden Mengenausweitung als Argument einer kostendämpfenden Massnahme zu dienen.</p> <p>Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken und sind eine Beeinträchtigung für die Therapie (Stichworte Vertrauensbildung und Sicherheit).</p> <p>Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen</p> | <p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p> |

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

| | | | |
|------|----------------------|--|--|
| | | <p>Aufwandes einher, ohne erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. –zahler.</p> <p><i>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p> <p><i>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</i></p> | |
| AGPP | Art. 11b, Bst. A. | <p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche</p> | <p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem</p> |

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

| | | | |
|------|-----------------------------|--|--|
| | | <p>Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.</p> <p>FORDERUNG: Die AGPP verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</p> <p>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</p> | <p>Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p> |
| AGPP | Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5 | <p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen</p> <p>«Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht... der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin»</p> <p>Wie kann die Ärztin, der Arzt objektiv urteilen ohne Einbezug in die</p> | |

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 |
| AGPP | | <p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) durchzuführen ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung betrachtet eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend!</p> <p>FORDERUNG: Die SGPP und die SGKJPP sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.</p> | <p>Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung!</p> |
| AGPP | | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.</p> | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).</p> |
| AGPP | | <p>Die Inhalte der Verordnungsänderungen ebenso wie deren gesundheitspolitischen wie auch finanziellen Auswirkungen scheinen zu wenig reflektiert. Enorm problematisch ist die inhärente Botschaft, dass psychiatrische Störungen behandlungsmässig in die Nähe von somatischen Beschwerden</p> | |

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

| | | | |
|------|--|---|--|
| | | gerückt werden, die mit eine, zwei oder auch drei Anordnungen für x Sitzungen adäquat behandelt werden können. Es würde den angestrebten Verordnungsänderungen im Sinne ihrer durch den Bundesrat zu verfolgenden Zielsetzungen gut anstehen, deren Ausgestaltung durch ein interdisziplinäres ExpertInnenngremium der betroffenen Fachorganisationen nochmals grundsätzlich zu überdenken. | |
| AGPP | | | |
| AGPP | | | |
| AGPP | | | |
| AGPP | | | |
| AGPP | | | |

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 : Association Genevoise des Psychologues

Abréviation de l'entreprise / organisation : AGPsy

Adresse : Rue des Cordiers 12, 1207 Genève

Personne de référence : Loïc Deslarzes, Président ; Magali Volery, responsable commission Psychothérapies

Téléphone : 022 735 53 83

Courriel : agpsy@psy-ge.ch

Date : 15.10.19

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 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 |
| AGPsy | <p align="center">Préambule</p> <p>L'Association Genevoise des Psychologues (AGPsy) fédère et représente plus de 750 psychologues sur le canton de Genève. Affiliée à la Fédération Suisse des Psychologues, elle a notamment pour mission de promouvoir et de défendre la profession sur le canton de Genève.</p> <p>Nous souhaitons ci-dessous transmettre nos remarques concernant la modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; N 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). Nous désirons ainsi transmettre les observations issues des psychologues psychothérapeutes actifs dans notre canton afin de compléter la prise de position de la Fédération Suisse des Psychologues, prise de position avec laquelle nous sommes d'accord. Cependant, nous pensons que les particularités du terrain genevois, nous ont conduit à formuler des propositions qui pourraient être utiles sur le plan national.</p> <p>Cette modification de l'ordonnance fédérale permettrait enfin pour un approvisionnement en soins psychiques à la population suisse, qui est très lacunaire pour l'instant selon l'étude ad hoc de l'OFSP en 2016, et qui répond à ses besoins. Ce système est ainsi indispensable afin d'envisager une nette amélioration des conditions de prise en charge, notamment dans les régions de campagne, pour les mineurs et une augmentation de la qualité de la coordination des soins entre médecins de premier recours et psychothérapeutes.</p> <p>En outre, il permet de mettre à jour les conditions de prestations de soins de la psychothérapie effectuées par des psychologues psychothérapeutes. Cette adaptation est nécessaire puisque, depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur les professions de la Psychologie (LPsy) en 2013, les conditions de formation et d'exercice de la psychothérapie effectuée par des psychologues spécialistes sont clairement établies. Elles répondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité des soins exigés par la LAMal. Le modèle actuel, à savoir la psychologie déléguée, est donc devenu obsolète voire contreproductif en termes de contrôle des coûts de la santé.</p> <p>L'AGPsy soutient donc totalement le passage au système de prescription, qui permettra un meilleur accès aux soins psychiques de la patientèle via les médecins de premier recours notamment.</p> <p>En effet, les médecins de premier recours sont parfaitement à même d'évaluer le besoin en psychothérapie de leur patientèle et de comprendre les compte-rendu (rapports écrits ou oraux) des psychothérapeutes et/ou clarifier ensemble d'éventuels éléments complémentaires, moyennant du temps (facturé) de coordination interprofessionnelle (cf. chiffre 1 ci-dessous « Tarification »).</p> |

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

| | |
|-------|--|
| AGPsy | <p>1. Tarification</p> <p>Hormis l'annonce de suppression des positions 02.02 et 02.03 (cf. page 12 du rapport, chiffre 2.9, premier para.), le projet ne prévoit pas de revoir en parallèle la tarification par TarMed et/ou TarPsy (ou autre système de tarification comme Psytarif). Or, une telle révision parallèle est indispensable pour se déterminer en connaissance de cause, car interdépendante du présent projet. Il ne s'agit pas de savoir par exemple quel nombre de points sera attribué à une séance de psychothérapie, car les éléments tarifaires ne font évidemment pas partie du projet, mais d'être renseigné·e sur le fait que les prestations en absence (rapport, déplacement, réunion de réseau, échanges avec d'autres corps de métier, étude de dossier, etc.) seront remboursées dans une plus large mesure qu'actuellement, dès lors que le projet axe sur la coordination avec d'autres corps de métiers, et que toute coordination engendre un temps qui doit être pris en compte et remboursé par l'AOS. En outre, le temps en absence augmentera sensiblement aussi du fait que le projet prévoit un compte-rendu régulier par prescription après de 15 puis 30 séances, ce à deux types d'interlocuteurs (médecin prescripteur puis médecin-conseil). Car bien que le (deuxième) rapport délivré au médecin-conseil soit formellement signé par le médecin prescripteur, celui-ci se référerait au contenu préparé par le psychothérapeute. Ainsi, dans un exercice chronophage de rapports différenciés, le psychothérapeute devra calibrer le contenu en fonction du destinataire, à savoir du médecin prescripteur puis du médecin-conseil.</p> <p>Au vu de ce qui précède, nous demandons à ce que la tarification soit intégrée au présent projet, et que le temps des prestations en absence soit augmenté de manière proportionnelle au surcroît de rapports et de coordination interprofessionnelle exigés.</p> |
| AGPsy | <p>2. Psychologues en formation de psychothérapie</p> <p>Le projet ne prévoit pas le remboursement par l'AOS des psychologues en formation de psychothérapie : une telle absence de financement implique de fait la suppression de toute relève, y compris de celle actuellement en formation de psychothérapie, dont la formation ne serait pas terminée au moment de l'entrée en vigueur.</p> <p>Il est impératif de déterminer dans le présent projet, qui entend supprimer complètement le modèle de délégation, si les lieux de formation actuels seront encore habilités à former, et préciser leurs modalités de facturation. Il faut relever à cet endroit qu'actuellement, les psychologues-psychothérapeutes formés sont déjà agréés pour former des psychologues psychothérapeutes en formation.</p> <p>Le projet devrait aussi prévoir une extension des lieux de formation actuels pour la pratique clinique à l'endroit des psychothérapeutes formés, qui auraient dès lors la possibilité de former des psychologues en formation de psychothérapie, comme cela est le cas dans notre canton grâce à l'existence de deux types d'autorisation de pratique de la psychothérapie psychologique. En effet le Règlement sur les professions de la santé (RPS) instaure deux types de droit de pratique, dépendant et indépendant. Le droit de pratique indépendant autorise un psychologue psychothérapeute à travailler sous sa seule responsabilité, tandis que le titre dépendant permet à un psychologue en</p> |

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

| | |
|-------|--|
| | <p>formation de travailler sous la responsabilité d'un psychologue spécialiste ou d'un médecin disposant des autorisations nécessaires à ce type de pratique.</p> <p>Notre association serait donc en faveur de la généralisation de ce système à l'ensemble de la Suisse, car ce modèle, précurseur, lui semble répondre à l'ensemble des besoins exprimés en Suisse en donnant un cadre légal qui ancre l'application de la LPsy dans une cohérence de continuité et ceci aussi bien au profit de la profession que des patients.</p> <p>Sachant que le projet ne prévoit pas de futur à la formation et jette ainsi une insécurité quant aux rôles des instituts agréés de formation, nous demandons à ce que la surveillance de la mise en œuvre de la formation postgrade (p. ex. conditions d'engagement de psychologues en formation de psychothérapie, modalités d'intégration notamment de la supervision interne dans la formation) soit garantie par le canton, en collaboration avec les associations professionnelles, peut-être au travers de commissions consultatives, ou au moyen de l'instauration d'un psychologue cantonal qui pourrait suivre tous les dossiers en lien avec la psychologie.</p> |
| AGPsy | <p>3. Exception à la prescription</p> <p>Pour les institutions hospitalières de catégorie I.A. reconnues d'utilité publique, l'exigence de prescription est impraticable et dès lors inadéquate dans un contexte fortement hiérarchisé et sans autonomie, où tant médecin prescripteur que psychothérapeute sont salariés du même employeur ; la patientèle n'y a pas ou peu de libre choix du prestataire (cf. nouvel alinéa proposé à l'art. 11b OPAS du projet). Pour cette catégorie de fournisseurs de prestations, et pour autant que l'institution soit reconnue d'utilité publique, nous demandons de prévoir une exception à l'exigence de prescription, au profit p.ex. d'une prescription générale soumise à des contrôles ponctuels. Ceci vaudrait tant pour les psychologues-psychothérapeutes formés que pour les psychologues en formation de psychothérapie (au bénéfice d'une autorisation de pratique tel que proposé ci-dessus au chiffre 2, Remarques générales). Cette exception à la prescription serait fondée sur la reconnaissance d'utilité publique, dont les missions de formation, d'une part des psychologues en formation de psychothérapie, d'autre part des psychothérapeutes formés (formation continue, supervision) sont inscrites dans le fonctionnement de l'institution.</p> |

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) |
| AGPsy | 50c | 1 | | <p>Adaptation du système des autorisations de pratique cantonale à la réalité du terrain helvétique.</p> <p>Le canton de Genève s'est montré précurseur en intégrant dès 2001 la profession de psychologue dans la loi cantonale sur les professions de la santé (K 3 05) avec trois spécialisations ; psychothérapie, psychologie clinique et neuropsychologie.</p> <p>En ce qui concerne ces trois spécialisations et notamment la psychothérapie exercée par des psychologues, il a été instauré deux types de droit de pratique, dépendant et indépendant dans son règlement des professionnels de la santé. Le droit de pratique indépendant autorise un psychologue psychothérapeute à travailler sous sa seule responsabilité, tandis que le titre dépendant permet à un psychologue en formation de travailler sous la responsabilité d'un psychologue spécialiste en psychothérapie ou d'un médecin disposant des autorisations nécessaires à ce type de pratique.</p> <p>Cette spécificité a été introduite à la suite d'un long processus de réflexion avec les organisations des psychologues. Il répond aux nécessités liées à l'acquisition puis à l'exercice de la profession de psychologue spécialiste en psychothérapie et qui demeurent à l'heure actuelle autant valables tant à Genève que pour toute la Suisse.</p> | <p>Modification de l'Al. 1</p> <p>Les psychologues psychothérapeutes doivent disposer d'une autorisation cantonale à titre indépendant, ou, dans le cadre d'une formation postgrade accréditée, à titre dépendant, selon l'art. 22 de la loi du 18 mars 2011 sur les professionnels de la psychologie (LPsy)⁷ et doivent :</p> |

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

| | | | | | |
|-------|-----|---|---|--|---|
| | | | | Nous proposons donc la généralisation de ce processus à toute la Suisse. | |
| AGPsy | 50c | 1 | b | <p>Psychologues en formation de psychothérapie</p> <p>Comparativement à d'autres corps de métier touchés par le projet, les psychologues, c'est-à-dire au bénéfice d'un Master en psychologie, doivent accomplir une formation postgrade de minimum 5 années pour obtenir le titre de spécialisation en psychothérapie. Cette durée significative de formation postgrade implique un ou plusieurs emplois, dans le cadre de l'apprentissage pendant la pratique clinique, qui devraient être financés par l'AOS afin d'assurer une relève en psychothérapie (cf. Remarques générales, chiffre 2 « Psychologues en formation de psychothérapie »).</p> | Être titulaire d'un titre postgrade fédéral ou reconnu équivalent en psychothérapie selon l'art. 9 ou l'art. 49, al. 2, LPsy, ou être en formation au sein d'un établissement de psychiatrie et psychothérapie, d'un hôpital ou d'une autre organisation privée ou publique, sous la direction d'un spécialiste en psychothérapie psychologique selon l'art 52 d. |
| AGPsy | 50c | 1 | c | <p>Nous jugeons cette année supplémentaire inutile par rapport aux exigences de formation élevées fixées par la LPsy pour l'obtention du titre de spécialisation en psychothérapie, et discriminante au vu de l'équivalence reconnue en matière de psychothérapie des formations entre médecins et psychologues-psychothérapeutes.</p> <p>En effet, vu la réglementation complète et suffisante introduite par la LPsy, une année supplémentaire succédant à la formation postgrade n'a pas lieu d'être.</p> <p>Subsidiairement et tout au plus, cette année supplémentaire pourrait être intégrée de manière obligatoire dans le cursus de formation postgrade auprès d'un établissement de formation post-graduée accréditée.</p> <p>Cette formation exige en effet d'ores et déjà une expérience clinique durant laquelle les personnes doivent se confronter à</p> | Vu les commentaires afférents et en particulier la réglementation uniforme suffisante de la LPsy, nous demandons une suppression de la let. c de l'art. 50c al. 1. |

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

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>un vaste éventail de troubles ainsi qu'à de l'interprofessionnalité. L'instauration d'un processus d'accréditation des organismes de formation garantit le respect de ces exigences.</p> <p>Les médecins n'y sont pas soumis, alors que le présent projet juge à raison leur formation équivalente à celle des psychothérapeutes. Ce ne serait qu'entériner la discrimination entre ces deux professions au détriment des psychothérapeutes, discrimination que devait anéantir le présent projet.</p> <p>En outre, une année supplémentaire après l'aboutissement de la formation postgrade n'est pas praticable, Notre canton ne dispose que de deux institutions ayant une reconnaissance de l'Institut suisse pour la formation médicale post-graduée et continue (ISFM) de catégorie A (HUG et OMP). Cela implique un nombre de places de formation insuffisant.</p> <p>Les exigences et les coûts liés à l'obtention d'une telle certification rendent une telle démarche inintéressante d'un point de vue économique pour des structures privées. La situation ne devrait donc pas évoluer dans les prochaines années. Cette problématique s'étend à l'ensemble de la Suisse.</p> <p>A long terme, le nombre de psychologues pouvant s'insérer dans ce modèle serait nécessairement inférieur aux besoins de la population genevoise, ce qui induirait une pénurie de prestations, ce qui est l'inverse de l'effet attendu par la nouvelle réglementation.</p> <p>Les places de formation se font déjà actuellement de plus en plus rares et cette exigence impliquerait un réengagement (ou</p> | |
|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>un nouvel engagement) post-formation alors que la formation postgrade est terminée et que le statut d'indépendant est acquis sur le plan des assurances sociales.</p> <p>Actuellement déjà, dans la pratique, la formation postgrade en institution met en place un tournus au sein des services, qui permet aux psychologues en formation de psychothérapie d'expérimenter l'éventail des troubles.</p> <p>Enfin, cette mesure d'année supplémentaire est non viable économiquement si le financement n'en est pas assuré, du fait que la position TarMed 02.02 prévue serait supprimée (voir Remarques générales, chiffre 1 « Tarification »).</p> <p>Pour conclure, l'Institut Suisse de Formation Médicale veille spécifiquement à la formation de médecins compétents. Il fixe donc des exigences pour la reconnaissance des établissements de formation postgraduée de la profession médicale. Ces exigences ne tiennent pas compte de la spécificité de la profession de psychologue-psychothérapeute. Par analogie, il serait plus judicieux de créer un Institut Suisse de Formation en Psychologie Psychothérapeutique (ISFPP) qui déterminerait des critères pour la reconnaissance des organisations de psychologues-psychothérapeutes pouvant être en charge de la formation. Il s'agirait de déterminer des critères suffisamment stricts pour garantir la qualité de la formation et répondre ainsi aux besoins en santé mentale de la population.</p> <p>Nous proposons la modification de cet article.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|-------|-----|---------------|----------------------|---|--|
| AGPsy | 50c | 1 let. c et 2 | pour l'al. 1, let. c | Modification consécutive à la modification de l'art. 50c al. 1 let. b (psychologues en formation de psychothérapie) | <p>Modification subsidiaire à la demande de suppression de l'art. 50c al. 1 let. c</p> <p>... avoir acquis, au cours de l'obtention de leur titre postgrade, une expérience clinique de douze mois au sein d'un établissement de psychiatrie et psychothérapie, d'un hôpital ou d'une autre organisation privée ou publique sous la direction d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et/ou un psychologue spécialiste en psychothérapie</p> <p>et</p> <p>L'établissement de psychiatrie et psychothérapie, l'hôpital ou l'organisation privée ou publique visés à l'al. 1, let. b [si let. c supprimée], doivent correspondre aux exigences de la formation postgrade accréditée en spécialisation de psychothérapie.</p> |
| AGPsy | 52d | | c | <p>Modification consécutive à la modification de l'art. 50c al. 1 let. b (psychologues en formation de psychothérapie)</p> <p>Nous saluons l'excellente possibilité de formation ainsi ouverte aux organisations de psychologues-psychothérapeutes vis-à-vis des psychologues en formation de psychothérapie, pour autant qu'un droit de pratique dépendant soit instauré comme mentionné ci-dessus (cf. Remarques générales, chiffre 2 « Psychologues en formation de psychothérapie » et la modification de l'Al. 1).</p> <p>Cette possibilité existe déjà dans le canton de Genève mais pas dans l'AOS; toutefois la facturation des prestations</p> | «... fournissent leurs prestations au travers de personnes remplissant les conditions énoncées à l'art. 50c al. 1 let. b » [et non pas art. 50c al. 1 let. c] |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | délivrées par des psychologues ayant un droit de pratique dépendant en psychothérapie pose problème. | |
|--|--|--|--|--|--|

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) |
|----------------|----------|---|--|
| AGPsy | 3 | <p>Tarification en absence du patient</p> <p>L'AOS tient de moins en moins compte des actes administratifs nécessaires au suivi des patients mais effectués en son absence. L'établissement de rapports, le travail lié à l'interprofessionnalité (réunions, téléphones) sont chronophages.</p> <p>Pour satisfaire aux exigences médico-légales formulées dans les différents textes légaux concernant l'exercice de la profession de psychologue spécialiste en psychothérapie nous proposons une modification de l'art 3.</p> | <p>Ajout du texte suivant :</p> <p>...ainsi que les actes administratifs inhérents au traitement.</p> |
| AGPsy | 3b al. 1 | <p>Durant sa formation, le psychologue psychothérapeute a acquis toutes les compétences nécessaires à la rédaction d'un rapport. Il n'est donc pas nécessaire que le médecin prescripteur reformule celui-ci.</p> <p>La rédaction d'un rapport sous la seule responsabilité du médecin prescripteur serait le maintien d'une pratique issue de la psychothérapie déléguée, et traduirait une certaine défiance envers les compétences du psychologue-psychothérapeute. Dans le cas contraire, il s'agirait d'une appropriation d'un savoir professionnel spécifique par une autre profession.</p> <p>Par contre, Il est indispensable que le médecin prescripteur contresigne ce type de rapport. Ce qui démontre la collaboration et la coresponsabilité entre les deux prestataires de soins dans le traitement du patient.</p> | <p>... Le psychologue doit adresser à temps un rapport, contresigné par le médecin prescripteur, au médecin conseil de l'assureur...</p> |

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

| | | | |
|-------|--------------------------------|--|--|
| AGPsy | 3, 3b et 11b al. 2/3/4/5 | <p>Limitation à 15 séances discriminante, contreproductive et injustifiée</p> <p>La limitation à 15 séances, en lieu et place de 30 séances pour les médecins, au-delà desquelles un rapport doit être adressé au médecin-conseil, est discriminante. En effet, les médecins n'y sont pas soumis, alors que le présent projet juge à raison leur formation équivalente à celle des psychothérapeutes, en matière de psychothérapie.</p> <p>Cette limitation semble entériner la discrimination entre ces deux professions au détriment des psychothérapeutes, discrimination que devait anéantir le présent projet. En outre, la limitation donne à penser que les psychothérapeutes poursuivraient l'objectif de prolonger à tout prix la durée des séances, et qu'il s'agirait de les freiner !</p> <p>De plus, la psychothérapie est un soin qui s'appuie sur la construction d'un lien thérapeutique sécurisé entre le patient et le psychothérapeute et qui s'établit nécessairement dans une continuité quel que soit le diagnostic.</p> <p>La limitation à 15 séances par prescription engendre une mise en péril du processus thérapeutique car la patientèle n'est pas assurée de la poursuite du suivi, et n'est pas en mesure de s'«ouvrir» sur certains sujets car risque d'être laissée en plan. Cela peut rendre le traitement superficiel et peu productif lié au risque d'interruption voire de rupture du suivi après 15 séances si la prescription n'est pas prolongée ou pas à temps. Les conséquences seraient une probable péjoration de la motivation thérapeutique voire de la santé de la patientèle et une prolongation du traitement. Ces effets auraient pour résultat final d'entraver l'accès aux soins, au lieu de le favoriser, et d'augmenter les coûts de la santé.</p> | <p>L'assurance prend en charge, par prescription médicale, les coûts de 30 séances au plus, d'une durée maximale de 105 minutes (dont 15 minutes en l'absence du patient) pour la thérapie individuelle, de famille ou de groupe, ainsi que le travail administratif inhérent au traitement, comprenant des échanges d'informations avec le médecin prescripteur et la rédaction de rapports.</p> |
|-------|--------------------------------|--|--|

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

| | | | |
|-------|---------------------------------|---|--|
| | | <p>Le rapport est éloquent puisqu'il établit qu'« une psychothérapie moyenne dure 29 séances (enquête structurelle FSP 2012) » (cf. rapport, page 12, chiffre 2.7, deuxième para.), ce qui représente une proportion significative de dépassement de la limite des prescriptions à 15 séances, Dès lors, rien ne justifie une limitation de la prescription à 15 séances.</p> <p>La durée de consultation devrait être limitée à 105 minutes maximum.</p> <p>La proposition d'une durée de 60 minute est raisonnable pour une consultation standard en cours de psychothérapie sur le principe ; toutefois il convient de prévoir des exceptions en faveur de séances limitées à 105 minutes (dont 15 minutes en absence) pour les premières séances, les consultations d'évaluation, les consultations de famille, les consultations de groupe et les situations de crises somatiques ou psychiques.</p> <p>Nous nous référons en outre à la facturation du temps en absence ci-dessus, sous « Remarques générales », chiffre 1 « Tarification ».</p> <p>Enfin, les critères de la poursuite du traitement au-delà de 30 séances ne sont pas précisés au-delà des laconiques art. 11b al. 5 cum 3b ; le présent projet devrait les indiquer plus clairement.</p> | |
| AGPsy | 11b al. 1 let. b et al. 3 | <p>Nous relevons l'absence de définition de crise, y compris de critères définissant celle-ci. En tout état de cause, l'intervention de crise peut impliquer une durée plus longue que 10 séances « pour les patients atteints de maladie grave [...] ou de situation mettant la vie en danger » (art. 11b al. 1 OPAS). Si p. ex. une personne est en fin de vie ou atteinte de maladie mortelle (pronostic vital engagé), il est impossible de prévoir sur quelle durée elle aura besoin d'un accompagnement palliatif/thérapeutique. Toutefois, nous pouvons concéder à ne pas étendre la limitation - raisonnable sur le principe - à 10 séances, pour autant qu'un setting de psychothérapie puisse si</p> | <p>11b al. 1 let. b</p> <p>... Pour des patients atteints de maladie somatique ou psychique grave.</p> <p>11b al. 3</p> <p>... ainsi que le travail administratif inhérent au traitement, comprenant des échanges d'informations avec le médecin prescripteur et la rédaction de rapports.</p> |

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

| | | | |
|-------|----------------|--|---|
| | | <p>nécessaire succéder à une intervention de crise (et être facturé comme tel).</p> <p>L'intervention de crise ne connaissant pas de limitation de séances pour les médecins de premier recours et psychiatres, il n'y a aucune raison d'astreindre les psychothérapeutes à cette limitation.</p> | . |
| AGPsy | 11b | <p>Modalités de la prescription</p> <p>Le libre choix de la patientèle doit être garanti, et le bon de prescription ne pourra pas « prescrire » obligatoirement des noms de psychologues-psychothérapeutes. Dans le même sens, la poursuite du suivi doit être subordonnée prioritairement au choix de la patientèle, après échanges de celle-ci avec le médecin prescripteur et le psychologue-psychothérapeute, et non uniquement sur des critères médicaux et/ou d'orientation psychothérapeutique.</p> | <p><u>Nouvel alinéa</u> :</p> <p>La prescription est subordonnée en tout temps au libre choix de la patientèle, en particulier sur la personne fournissant la psychothérapie et sur la poursuite des séances.</p> |
| AGPsy | 2 al. 1 let. b | <p>Temps et critères du diagnostic</p> <p>Le diagnostic intermédiaire (compris comme un diagnostic évolutif, lié en principe à des résultats différents par rapport au diagnostic initial) est cliniquement impossible vu la limitation à 15 séances, car un minimum de 4 à 5 séances sont nécessaires pour poser le diagnostic initial, davantage encore pour un enfant, ce sans compter le temps en absence (p. ex. tél. au pédiatre, à l'école, car environnement important). Pour comparaison, une thérapie brève se fait en 10 séances. Selon les études cliniques, un trouble de la personnalité se traite sur deux ans, à raison de deux fois par semaine. Les 15 séances prévues seraient dès lors d'emblée insuffisantes, et de loin.</p> <p>Nous demandons à ce que les critères de diagnostic soient d'abord validés par les organismes de formation de l'orientation psychothérapeutique suivie par la/le psychothérapeute (ou l'une des orientations choisies), et non pas fixés en amont par les seules</p> | Elle comprend un diagnostic préliminaire et un diagnostic final |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | assurances ou conventions tarifaires, ce afin d'éviter que les critères évoluent/changent selon les assurances ou conventions ; de même, la reconnaissance d'outils d'évaluation de type CIM-10 et DSM devraient être intégrés dans le processus de diagnostic | |
|--|--|--|--|

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES
INNERN, BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT
ABTEILUNG LEISTUNGEN
KRANKENVERSICHERUNGEN
SCHWARZENBURGSTRASSE 157
3003 BERN

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

ZÜRICH, 16. SEPTEMBER 2019

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

und

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

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 Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich AGZ 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 AGZ 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

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

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 AGZ 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

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».

geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

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

Gesamtwürdigung

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

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

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

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

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

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

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

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

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

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

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

3. **Kostendeckung gewährleisten**

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

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

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

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

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

Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher 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 könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

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».

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

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

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

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

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

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

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

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.

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC

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

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

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

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

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

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

Klinische Fachkompetenz erforderlich

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

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

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

erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosser Verordnungsänderung angeordnet werden.

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

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im 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 verweisen auch ausdrücklich auf das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» der Swiss Medical Healthcare SMHC, welches wir vollumfänglich unterstützen.

Freundliche Grüsse
AGZ AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS ZÜRICH



Dr. med. Josef Widler
Präsident



Dr. iur. Michael Kohlbacher
Generalsekretär

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

Abkürzung der Firma / Organisation : AGZ

Adresse : Nordstrasse 15, 8006 Zürich

Kontaktperson : Dr. iur. Michael Kohlbacher

Telefon : 044 421 14 14

E-Mail : michael.kohlbacher@agz-zh.ch

Datum : 16. 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.SMHC | <p>I. Zusammenfassung</p> <p>Die AGZ lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die</p> |

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

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

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

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

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

| | |
|--|--|
| | <p>dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. Die AGZ 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**

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

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

| | |
|--|---|
| | |
| <p>Error! Reference source not found.</p> | <p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten |

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

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

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|--|--------|------|------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| Error! Reference source not found. | Art.46 | | g | 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 | <p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> b. <i>einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> c. <i>nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>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.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p> | <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |

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

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

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

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

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

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

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

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| | | | | <p>angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p> | |
| Error! Reference source not found. | | | | <p>II</p> <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</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</p> | <p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> |
| | | | | | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasssten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch. | |
| Error! Reference source not found. | | | |

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

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

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 : Association Neuchâteloise des Psychologues et Psychologues-psychothérapeutes

Abréviation de l'entreprise / organisation : ANPP

Adresse : Pierre-à-Mazel 4, 2000 Neuchâtel

Personne de référence : Tamara Ventura Vercher, présidente

Téléphone : 079 435 40 54

Courriel : tamara.ventura@anpp.ch

Date : 10.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le **17 octobre** 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 |
| ANPP | <p>L'ANPP remercie le Conseil fédéral pour l'ouverture de la procédure de consultation sur la modification de l'OAMal (RS 832.102) et de l'OPAS (RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. La suppression du modèle de la psychothérapie déléguée au profit de la reconnaissance de la formation postgrade des psychologues-psychothérapeutes et de leur aptitude à exercer la psychothérapie sous leur propre responsabilité professionnelle (ancrée dans la loi dès l'entrée en vigueur de la LPSy en 2013) est une étape attendue de longue date. L'ANPP remercie également l'OFSP et ses instances pour le travail préliminaire qui a mené au projet d'ordonnance présenté. Nous regrettons toutefois que les prestataires n'aient pas été impliqués dès la phase d'élaboration de ce projet. Cela aurait permis d'améliorer la qualité et la cohérence du projet.</p> |
| ANPP | <p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par l'ANPP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ANPP approuve entièrement les objectifs de la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. Un accès amélioré à la psychothérapie est indispensable, notamment dans les situations de crise et d'urgence. La prescription par les médecins de premier recours permet de supprimer les obstacles actuels à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Nous sommes également clairement favorables à l'amélioration de la qualité des prestations que devrait entraîner un changement de modèle du fait du caractère contraignant de la LPSy. • En outre, l'ANPP adhère totalement aux conditions relatives à la prescription, plus précisément à la proposition concernant les médecins habilités à prescrire une psychothérapie. Ces conditions garantissent l'accessibilité de la psychothérapie, ce qui permet de prendre en charge les patients à temps et, en réduisant la chronicisation et les séjours stationnaires, de faire des économies sur le long terme au sein du système de santé. |
| ANPP | <p>Contenus du projet rejetés par l'ANPP et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ANPP rejette la limitation à 30 séances. Elle demande le maintien du principe de la prescription de 40 séances, qui a fait ses preuves dans la pratique. De plus, la limitation à 30 séances alourdit la charge administrative et, à terme, entraîne une augmentation des coûts. • L'ANPP rejette la fixation d'un nombre maximal de 15 séances par prescription. Là encore, cette mesure entraîne un surcoût sans présenter d'avantage supplémentaire. Qui plus est, elle désavantage les psychologues-psychothérapeutes par rapport aux prestataires |

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

| | |
|------|---|
| | <p>médecins.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ANPP approuve sur le principe la pratique clinique supplémentaire d'un an. Il est cependant impératif qu'il soit possible de l'effectuer durant la formation postgrade et sous la direction d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral. A ce titre, l'ANPP demande à ce que la formation postgrade puisse être effectuée dans des organisations ne faisant pas nécessairement partie des institutions de l'ISFM (par exemple : PPLS, SPE) • Par analogie avec l'ISFM, l'ANPP propose de créer un Institut suisse de formation en psychologie psychothérapeutique (ISFPP) qui déterminerait des critères de qualité pour la reconnaissance des cabinets privés ou organisations de psychologues-psychothérapeutes en charge de formation, en partenariat avec la FSP et les instituts de formation postgrade déjà accrédités au sens des art. 12ss LPsy. De tels critères étendraient la reconnaissance des établissements de catégories I. A et B du présent projet à tout spécialiste en psychiatrie ou psychothérapie admis à former par le futur ISFPP. • L'ANPP rejette la réglementation de la durée des séances par le biais de la prescription. La durée des séances pour les thérapies individuelles et de groupes doit être fixée dans les conventions tarifaires. L'ANPP demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • L'ANPP adhère au principe de la demande de poursuite de la thérapie par le médecin prescripteur (néanmoins après 40 séances seulement). Le rapport correspondant doit toutefois être impérativement rédigé, signé et facturé par le psychothérapeute traitant. • L'ANPP s'oppose à l'introduction d'un diagnostic préliminaire, d'un diagnostic intermédiaire et d'un diagnostic final telle qu'elle est décrite dans le projet. En lieu et place, elle demande l'examen de la pertinence et de la faisabilité d'un tel diagnostic dans le cadre d'un projet pilote. Un procédé d'échantillonnage peut être mis en œuvre à cette fin. |
| ANPP | <p>Adaptations complémentaires proposées par l'ANPP, incluant des éléments manquants ou insuffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les psychothérapeutes en formation ne sont pas suffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance. Dans un souci d'assurance qualité, nous soutenons la disposition stipulant que les psychologues suivant une formation de psychothérapeute ne sont pas autorisés à facturer à titre indépendant leurs prestations via la caisse-maladie. L'ANPP demande toutefois que la formation professionnelle des psychothérapeutes soit assurée et plaide en faveur d'une collaboration avec les cantons afin de garantir l'existence des places de formation à long terme. Il convient d'examiner la pertinence d'un modèle d'assistantat au cabinet du praticien, comparable à celui qui existe pour les médecins, ce qui implique la possibilité de facturer les prestations via l'AOS. Ce point doit être clarifié par la réglementation de la formation postgrade. Les possibilités dont disposent les médecins (convention-cadre Tarmed, article 8) doivent |

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

| | |
|------|---|
| | <p>également être offertes aux psychologues-psychothérapeutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le projet actuel est vague quant aux règles qui s'appliqueront à l'avenir aux psychothérapeutes employés par des organisations de droit public et privé. Du point de vue de l'ANPP, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. • L'ANPP salue les mesures de base destinées à contrer une augmentation injustifiée du volume des prestations. Dans l'éventualité où l'augmentation du nombre de nouvelles admissions (autorisation cantonale d'exercer) dépasserait la moyenne suisse dans un canton, l'ANPP envisage une solution comparable à celle prévue par le contre-projet indirect à l'initiative «Pour des soins infirmiers forts». • La psychothérapie repose sur le langage parlé. Par conséquent, l'ANPP demande un justificatif des compétences linguistiques de niveau C1 dans l'une des langues nationales suisses comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger. |
| ANPP | <p>Pour faciliter la lecture de cette prise de position, il a été renoncé à utiliser les formes différenciées du masculin et du féminin. Sauf indication contraire, la forme générique désigne systématiquement les deux sexes.</p> |

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) |
| ANPP | 45-50a | | | Aucune remarque. | |
| ANPP | 50b | | | <p>Autorisation de pratiquer pour les neuropsychologues</p> <p>Selon la nouvelle phrase introductive de la version allemande («<i>Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein</i>»), les neuropsychologues qui fournissent, sur prescription, des prestations à titre indépendant et à leur compte doivent obtenir une autorisation conforme au droit cantonal en vigueur.</p> <p>De notre point de vue, la formulation n'est pas claire. Elle présente un risque de confusion entre «Zulassung» (admission) et «Bewilligung» (autorisation). Si ces deux termes correspondent sans distinction à la volonté du Conseil fédéral, il est d'autant plus important d'adapter les dispositions transitoires concernant les neuropsychologues (voir remarques relatives aux dispositions transitoires).</p> | |
| ANPP | 50c | 1 | a et b | <p>Titre fédéral et autorisation cantonale</p> <p>Il s'impose et semble pertinent de baser les conditions d'admission des psychologues-psychothérapeutes sur le titre de formation postgrade fédéral défini par la LPsy, ainsi que sur l'autorisation de pratiquer cantonale.</p> | |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|--|
| ANPP | 50c | 1 | c | <p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour l'ANPP, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. L'ANPP adhère également à l'argument du Conseil fédéral, selon lequel une expérience au sein d'équipes interprofessionnelles et la confrontation à un large éventail de troubles sont un préalable essentiel au traitement des maladies dans le cadre de la LAMal. L'ANPP pose cependant un regard critique sur la pratique clinique supplémentaire de 12 mois exigée, dans la mesure où elle ne peut être effectuée qu'une fois la formation postgrade de psychologue reconnue au niveau fédéral achevée. L'ANPP est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée pendant la formation postgrade. L'ANPP ne voit pas ce qui justifie que l'expérience clinique supplémentaire d'un an doive être effectuée uniquement APRÈS la formation postgrade. Il n'existe aucun argument, qu'il soit technique ou lié à la qualité, qui justifie une telle limite dans le temps.</p> <p>Le nombre de postes dans les institutions ISFM des catégories A et B proposées ne correspond pas aux besoins à remplir. Il existe actuellement déjà une pénurie de places de formation, qui sera accentuée par l'introduction d'une année de pratique clinique supplémentaire. De plus, la suppression des positions Tarmed relatives à la psychothérapie déléguée crée une incertitude quant au financement de ces places de formation - cela pose problème, notamment dans le domaine hospitalier ambulatoire. Cette problématique peut être contrée en imposant aux cantons la mise à disposition et le co-</p> | <p>Modification proposée:</p> <p>c. avoir acquis, pendant l'obtention de leur titre postgrade, une expérience clinique de douze mois au sein d'un établissement [...] sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou d'un psychologue reconnu au niveau fédéral.</p> |
|------|-----|---|---|---|--|

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

| | | | | | |
|------|-----|---|----------------|--|---|
| | | | | <p>financement d'un nombre suffisant de places de formation postgrade (comme pour les médecins).</p> <p>Par ailleurs, le fait que cette pratique clinique de 12 mois doive être effectuée sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie est trop restrictif eu égard aux places disponibles, mais aussi du point de vue professionnel.</p> <p>Par conséquent, l'ANPP demande les adaptations suivantes:</p> <p>La pratique clinique supplémentaire de 12 mois devrait être effectuée pendant la formation postgrade. Cela permet de garantir que les personnes qui ont déjà effectué une pratique clinique supplémentaire d'un an pendant leur formation n'aient pas à en refaire une.</p> <p>L'ANPP rejette le fait que cette pratique clinique supplémentaire ne puisse intervenir qu'une fois la formation postgrade achevée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pratique clinique supplémentaire doit en outre pouvoir être effectuée sous la direction, soit d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, soit d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral. | |
| ANPP | 50c | 1 | d (nouveau) | <p>Compétences linguistiques</p> <p>La psychothérapie est une forme de thérapie qui repose sur l'expression orale. Par conséquent, des compétences linguistiques insuffisantes constituent une menace pour le succès de la thérapie. L'ANPP demande que les compétences linguistiques soient intégrées à l'ordonnance comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger.</p> | d. pouvoir justifier des connaissances nécessaires dans la langue officielle de la région dans laquelle la demande d'admission est déposée (niveau C1 du cadre de référence européen) |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|--|---|---|
| ANPP | 50c | 2 | | <p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>L'ANPP estime que l'importante raréfaction des places de formation disponibles est critique. Afin de garantir la prise en charge à long terme et d'éviter la pénurie de places de formation, l'ANPP formule la proposition suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cantons doivent être tenus de mettre à disposition, en collaboration avec les associations professionnelles, des places de formation dans les établissements et les organisations proposés par l'ISFM, en les assortissant de conditions de rémunération équitables. • des institutions et des organisations supplémentaires, non reconnues par l'ISFM, doivent être admises comme établissements de formation postgrade pour les psychologues-psychothérapeutes (par exemple : PPLS, SPE). • Par analogie avec l'ISFM, nous proposons de créer un Institut suisse de formation en psychologie psychothérapeutique (ISFPP) qui déterminerait des critères de qualité pour la reconnaissance des cabinets privés ou organisations de psychologues-psychothérapeutes en charge de formation, en partenariat avec la FSP et les instituts de formation postgrade déjà accrédités au sens des art. 12ss LPsy. De tels critères étendraient la reconnaissance des établissements de catégories I. A et B du présent projet à tout spécialiste en psychiatrie ou psychothérapie admis à former par le futur ISFPP. | <p>Ajout</p> <p>[...] dans la version du 15 décembre 2016. Des organisations supplémentaires, ne disposant pas d'une reconnaissance de l'ISFM, doivent être admises comme établissements de formation postgrade (par ex.: PPLS,SPE).</p> |
|------|-----|---|--|---|---|

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

| | | | | | |
|------|---------------|--|--|---|---|
| | | | | <p>Rectification de l'absence de mention aux établissements de formation postgrade ambulatoires</p> <p>Le projet de réglementation propose de retenir les établissements des catégories A et B. Or, l'art. 50, al. 2 ne mentionne que les chiffres renvoyant à des établissements stationnaires (5.2.1 et 5.2.2). Il manque ceux correspondant aux services ambulatoires (5.2.3.1 et 5.2.3.2).</p> | <p>Ajout des chiffres manquants :</p> <p>L'établissement de psychiatrie et psychothérapie [...] doit disposer d'une reconnaissance [...] de catégorie A, conformément aux ch. 5.2.1 et 5.2.3.1, ou B, conformément aux ch. 5.2.2 et 5.2.3.1 du Programme de formation postgraduée [...].</p> |
| ANPP | 52d | | | Aucune remarque. | |
| ANPP | (nouveau) 52e | | | <p>La justification de l'ajout de l'organisation de neuropsychologie est la même que pour la psychothérapie: le besoin d'une offre de soins moderne telle que celle définie dans la Stratégie Santé 2020.</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation des neuropsychologues</p> <p>Les organisations de neuropsychologues sont admises lorsqu'elles:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sont admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité; b) ont délimité leur champ d'activité quant au lieu, à l'horaire de leurs interventions, aux aspects techniques et aux personnes auxquelles elles fournissent leurs prestations; c) fournissent leurs prestations au travers de personnes remplissant les conditions énoncées à l'art. 50b; d) disposent des équipements |

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

| | | | | | |
|------|-------------------------|------------|--|--|---|
| | | | | | correspondant à leur champ d'activité; participent aux mesures de contrôle de la qualité (art. 77) qui garantissent qu'elles fournissent, dans leur champ d'activité, des prestations neuropsychologiques adéquates et de bonne qualité. |
| ANPP | Disposition transitoire | Al. 1 et 2 | | L'ANPP salue les deux dispositions transitoires, qui vont dans le sens du maintien des acquis des psychothérapeutes déjà admis. Elles permettront d'atténuer de manière pertinente la demande de places de formation, qui ne manquera pas d'augmenter avec l'introduction de l'exigence d'une pratique clinique supplémentaire de douze mois. | |
| ANPP | Disposition transitoire | Al. 3 | | L'ANPP constate que les neuropsychologues sont absents de cette disposition transitoire. Certains cantons ne soumettent pas l'exercice de l'activité de neuropsychologue à l'obtention d'une autorisation. Par conséquent, une disposition transitoire qui tiendrait compte des neuropsychologues de façon adéquate ne saurait subordonner leur admission à l'obtention d'une autorisation, mais à leur admissibilité à une activité pouvant être facturée à l'assurance obligatoire de soins. | Les fournisseurs de prestations visés aux art. 45 et 46, al. 1, let. a à c, e et f [...] |

Si vous souhaitez supprimer des tableaux du formulaire ou ajouter des lignes, désactivez la protection en écriture sous «Révision/Protéger/Désactiver la protection». Voir 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. | Al. | Let. | Commentaires/remarques | Modification proposée (texte proposé) |
|----------------|------|-----|------|---|---|
| ANPP | 2 | 1 | a | Aucune remarque. | |
| ANPP | 2 | 1 | b | <p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>L'ANPP partage la volonté du Conseil fédéral de favoriser la garantie de la qualité et l'adéquation de la fourniture des prestations. La proposition d'introduire un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final ne va cependant pas dans ce sens, et ce pour les raisons suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'introduction d'un tel diagnostic pour chaque patient créerait un énorme volume de données, dont le traitement, que ce soit sur le plan technique ou du contenu, et les coûts associés seraient disproportionnés par rapport au bénéfice retiré. • Pour des raisons liées à la protection des données, une collecte de données par patient individuel n'est pas admissible. • La collecte de données en continu est certes un aspect scientifique majeur de la recherche en psychothérapie. Elle n'est | <p>Biffer l'art. 2, al. 1, let. B.</p> <p>B. elle comprend un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final.</p> |

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

| | | | | | |
|------|---|--|--|--|--|
| | | | | <p>cependant pas réalisable dans le cadre d'une surveillance de routine, dans la mesure où le nombre de séances prescrit (30) est insuffisant pour une thérapie comme pour une surveillance de routine. De plus, selon la nature du trouble concerné, elle risque de mettre à mal le succès de la thérapie. La réalisation d'un diagnostic préliminaire nécessite 4 à 5 séances à elle seule, voire 7 pour les enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le contrôle de la fourniture de prestations via des moyens psychométriques constitue une discrimination des maladies psychiques vis-à-vis des maladies somatiques lorsqu'un tel contrôle n'est pas impératif. <p>L'ANPP propose d'examiner l'adéquation et la faisabilité de l'introduction d'un tel diagnostic et des instruments à utiliser dans le cadre d'un projet pilote. Cela pourrait, par exemple, s'inscrire dans le cadre de l'«article relatif aux projets pilotes» qu'il est prévu d'intégrer à la LAMal. Un modèle d'échantillonnage sophistiqué pourrait ensuite être dérivé des résultats obtenus en vue d'une utilisation systématique.</p> | |
| ANPP | 3 | | | <p>Prise en charge de 30 séances et limitation de la durée des séances</p> <p>L'ANPP n'adhère pas à la proposition de prise en charge de 30 séances. Le nombre de 40</p> | <p>L'assurance prend en charge les coûts pour un maximum de 40 séances diagnostiques et thérapeutiques d'une durée maximale de 60 minutes pour la</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>séances a fait ses preuves. Pour mémoire: dès les années 90, le nombre de séances, alors plus bas, a dû être augmenté à 40 pour des raisons de praticabilité.</p> <p>La rédaction du rapport prévu après 30 séances générerait une charge de travail disproportionnée pour l'ensemble des acteurs (fournisseurs de prestations, caisse, patient). La pratique (avec les assurances privées) a démontré que les patients ne font pas usage d'une prescription quand ils n'en ont pas besoin.</p> <p>Une limitation de la durée des séances à 60 minutes pour les thérapies individuelles et à 90 minutes pour les thérapies de groupe n'est pas indiquée, car elle rendrait impossible des formes de traitement importantes, notamment les interventions en cas de crise, les investigations concernant les enfants et les adolescents, l'exposition en cas de phobies, les psychothérapies avec l'assistance d'un interprète, etc. La prise en charge des catégories de personnes particulièrement vulnérables s'en trouverait compliquée.</p> <p>Par conséquent, l'ANPP estime que les exigences relatives à la durée des séances ne doivent pas être réglées par voie d'ordonnance et demande la suppression de la durée proposée des séances pour les thérapies individuelles et de groupe. Celle-ci doit être fixée dans les conventions tarifaires, autrement</p> | <p>thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe. L'article 3b est réservé.</p> |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|------|-----|-------------------------------------|---|--|--|
| | | | | dit par le biais de la tarification. Cf. suppression du passage concernant la durée des séances à l'art. 11B, al. 2 et 3. | |
| ANPP | 3b | Titre Al. 1, phrase introductive | | Cf. justification concernant l'art. 3 | Procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 40 séances Pour que, après 40 séances, l'assurance continue de prendre en charge les coûts [...] |
| ANPP | 11b | 1 | | Aucune remarque. | |
| ANPP | 11b | 1 | a | Médecins habilités à prescrire L'ANPP approuve entièrement la proposition relative aux médecins habilités à prescrire une psychothérapie pratiquée par un psychologue. Accorder à différentes catégories de médecins la possibilité d'adresser des patients va clairement dans le sens de la suppression des obstacles à la prise en charge - notamment dans les situations de crise. Pour les personnes qui ont opté pour un modèle d'assurance tel que le modèle de médecin de famille, par exemple, un autre médecin peut ainsi prescrire la psychothérapie. Une erreur de traduction s'est glissée dans la version française du projet d'ordonnance. L'ANPP part du principe que la version | Modification proposée pour la version française: [...] 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 [...] |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---|--|---|
| | | | | <p>allemande fait foi et propose par conséquent de corriger la version française en remplaçant «psychologie des enfants et des adolescents» par «en pédiatrie» (erreur de traduction du terme «<i>Kinder und Jugendmedizin</i>»).</p> <p>D'après les informations transmises par l'OFSP à la FSP, il n'est pas possible de corriger cette erreur de traduction dans le cadre de l'actuelle procédure de consultation (e-mail du 2 septembre 2019, 12h53).</p> | |
| ANPP | 11b | 1 | b | <p>Interventions en cas de crise</p> <p>Les interventions en cas de crise sont sans rapport avec les thérapies de courte durée.</p> <p>Une crise peut être déclenchée, non seulement par une maladie somatique, mais aussi par un trouble psychique. Par conséquent, la restriction aux crises d'origine somatique est inappropriée. Il convient donc de biffer l'adjectif «somatique».</p> <p>L'ANPP salue la proposition concernant la possibilité d'élargir la compétence de prescription aux médecins de toute spécialité pour les interventions en cas de crise, qui va dans le sens d'une suppression des obstacles à la prise en charge. Cela améliore clairement l'accès à la psychothérapie. Manquent néanmoins la définition de la situation de crise et les critères à remplir pour qu'elle puisse être retenue.</p> | <p>Modification proposée :</p> <p>s'agissant des prestations fournies dans le cadre d'interventions en cas de crise ou de thérapies de courte durée pour des patients atteints de maladies somatiques graves, en cas de nouveau diagnostic ou d'une situation mettant la vie en danger, par un médecin titulaire d'un titre postgrade visé à la let. a ou d'un autre titre postgrade.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|--|---|--|
| ANPP | 11b | 2 | | <p>Limitation à 15 séances</p> <p>La limitation à 15 séances est inacceptable, car coûteuse et inutile. L'inégalité de traitement par rapport aux psychothérapeutes-médecins n'est pas justifiée sur le plan professionnel. Elle entraîne une surcharge administrative, au détriment des patients et de la thérapie. Une telle restriction rend impossible la prise en charge de personnes atteintes de troubles chroniques graves. Elle détériore l'accès à la psychothérapie au lieu de l'améliorer.</p> <p>Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances.</p> | <p>Demande de suppression de l'alinéa:</p> <p>Pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, l'assurance prend en charge, par prescription médicale, les coûts de 15 séances au plus, d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe.</p> |
| ANPP | 11b | 3 | | <p>L'ANPP n'a rien à objecter à la limitation à 10 séances concernant les interventions en cas de crise.</p> <p>Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances.</p> | <p>Pour les prestations visées à l'al. 1, let. b, l'assurance prend en charge les coûts de dix séances au plus d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapies de groupe.</p> |
| ANPP | 11b | 4 | | <p>Cf. art. 11b, al. 2. Le rapport doit être rédigé et présenté conformément à l'art. 11, al. 5.</p> | <p>Demande de suppression de l'alinéa:</p> <p>Le psychologue psychothérapeute rédige, avant l'échéance des séances prescrites, un rapport à l'intention du médecin qui prescrit la thérapie.</p> |
| ANPP | 11b | 5 | | <p>Les rapports après 40 séances doivent être</p> | <p>Si, pour les prestations visées à l'al. 1, let.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-------------------------|--|--|---|---|
| | | | | <p>rédigés par le psychothérapeute en charge du cas et non par le médecin prescripteur. Toute autre exigence est inappropriée.</p> | <p>a, la psychothérapie doit être poursuivie après 40 séances, la procédure prévue à l'art. 3b est applicable par analogie; la demande est formulée par le médecin prescripteur, le rapport est rédigé par le psychothérapeute.</p> |
| ANPP | Disposition transitoire | | | <p>La durée de prise en charge supplémentaire de 12 mois des prestations de psychothérapie déléguée est plutôt courte, mais acceptable.</p> | |

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 : Association des Psychologues et des Psychothérapeutes d'Orientation Psychanalytique de Suisse

Abréviation de l'entreprise / organisation : APPOPS

Adresse : Avenue de Rumine 7, 1005 Lausanne

Personne de référence : Raouf Maherzi, Président jusqu'au 30.11.19, puis son successeur

Téléphone : 078 / 405 43 00

Courriel : maherzi.r@gmail.com

Date : 13.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le **17.10.2019** 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 |
| APPOPS | <p>Préambule</p> <p>L'APPOPS remercie le Conseil fédéral pour l'ouverture de la procédure de consultation sur la modification de l'OAMal (RS 832.102) et de l'OPAS (RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues et soutient activement le passage au système de prescription. La suppression du modèle de la psychothérapie déléguée, qui créait une dépendance économique des psychologues-psychothérapeutes et parfois des conditions d'engagement abusives, est une étape attendue de longue date. Nous savons gré en particulier de la reconnaissance de la formation postgrade des psychologues-psychothérapeutes et de l'aptitude de ceux-ci à exercer la psychothérapie sous leur propre responsabilité professionnelle (ancrée dans la loi dès l'entrée en vigueur de la LPSy en 2013), formation et aptitude reconnues pour fournir des prestations de psychothérapie remboursées par l'AOS..</p> |
| APPOPS | <p>Points principaux du projet méritant une attention particulière</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'APPOPS approuve la proposition visant à autoriser les médecins de premier recours à prescrire une psychothérapie, notamment en raison des meilleures conditions d'accès aux soins psychiques de la patientèle que ce système permettra. • L'APPOPS rejette la fixation d'un nombre maximal de 15 séances par prescription qui désavantage les psychologues-psychothérapeutes par rapport aux prestataires médecins et qui entraîne un surcoût sans présenter d'avantage supplémentaire. • Les rapports après 30 séances doivent être rédigés, signés et facturés par le psychothérapeute en charge du cas –qui détient la responsabilité clinique de son patient- et non par le médecin prescripteur. L'APPOPS adhère cependant au principe de la demande de poursuite de la thérapie par le médecin prescripteur après 30 séances, sur la base du rapport du psychologue psychothérapeute. • Les psychothérapeutes en formation ne sont pas suffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance. En effet, le projet ne prévoit pas le remboursement par l'AOS des psychologues en formation de psychothérapie : une telle absence de financement implique de fait la suppression de toute relève, y compris de celle actuellement en formation de psychothérapie, dont la formation ne serait pas terminée au moment de l'entrée en vigueur. • L'APPOPS s'oppose à la pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade. En effet, cette exigence s'avère être en inadéquation avec l'AccredO-LPsy. • L'APPOPS demande à ce que la tarification soit intégrée au présent projet, et que le temps des prestations en absence soit précisé au regard des rapports et des coordinations interprofessionnelles nécessaires. |

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) |
| APPOPS | 50c | 1 | | En alternative au modèle d'assistantat proposé ci-dessus, le modèle proposé par le canton de Genève pourrait être généralisé. Il instaure deux types d'autorisation de pratique, à titre dépendant ou indépendant , pour les « psychologues spécialisés en psychothérapie » au sens de la LPsy (cf. art. 31 du Règlement sur les professions de la santé, RPS-GE, K 3 02.01 : https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_k3_02p01.html). Le droit de pratique indépendant autorise un psychologue psychothérapeute à travailler sous sa seule responsabilité, tandis que le titre dépendant permet à un psychologue en formation de travailler sous la responsabilité d'un psychologue spécialiste ou d'un médecin disposant des autorisations nécessaires à ce type de pratique (cf. davantage sous Remarques générales, chiffre 2 « Psychologues en formation de psychothérapie »). | Les psychologues psychothérapeutes doivent disposer d'une autorisation cantonale à titre indépendant, ou, dans le cadre d'une formation postgrade accréditée, à titre dépendant , selon l'art. 22 de la loi du 18 mars 2011 sur les professionnels de la psychologie (LPsy) et doivent : |
| APPOPS | 50c | 1 | b | Psychologues en formation de psychothérapie Comparativement à d'autres corps de métier touchés par le projet, les psychologues, c'est-à-dire au bénéfice d'un Master en psychologie, doivent encore accomplir une formation postgrade de minimum 5 années pour obtenir le titre de spécialisation en psychothérapie. Cette durée significative de formation postgrade implique un ou plusieurs emplois d'assistantat au cabinet du praticien, comparable à celui qui | Être titulaire d'un titre postgrade fédéral ou reconnu équivalent en psychothérapie selon l'art. 9 ou l'art. 49, al. 2, LPsy, ou être en formation au sein d'un établissement de psychiatrie et psychothérapie d'un hôpital ou d'une autre organisation privée ou publique, sous la direction d'un spécialiste |

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

| | | | | | |
|--------|-----|---|---|---|--|
| | | | | existe pour les médecins, qui devraient être financés par l'AOS afin d'assurer une relève en psychothérapie (cf. Remarques générales, chiffre 2 « Psychologues en formation de psychothérapie »). | en psychothérapie reconnu au niveau fédéral (médecin ou psychologue). |
| APPOPS | 50c | 1 | c | <p>Opposition à la pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>L'APPOPS s'oppose à cette exigence supplémentaire, car les critères de formation à la psychothérapie pour les psychologues ont déjà été longuement discutés, avant d'être validés, cf. l'AccredO-LPsy (Ordonnance du DFI sur l'étendue et l'accréditation des filières de formation postgrade des professions de la psychologie. RS 935.811.1), et en particulier son Annexe 1 "Etendue de la formation postgrade et standards de qualité pour l'accréditation dans le domaine de la psychothérapie).</p> <p>Dans ce texte, parmi les critères requis pour la formation, retenons B3.4 : « Activité psychothérapeutique individuelle. L'organisation responsable veille à ce que, durant sa formation, chaque étudiant acquière suffisamment d'expérience psychothérapeutique pratique au contact de clients/patients présentant divers troubles ou pathologies. Elle formule les directives correspondantes, veille à leur respect et garantit que l'activité psychothérapeutique des étudiants est supervisée par des professionnels qualifiés. » et B 3.7 : « Pratique clinique L'organisation responsable veille à ce que, durant sa formation, chaque étudiant puisse acquérir une large expérience clinique et psychothérapeutique au contact de clients/patients présentant divers troubles ou pathologies. »</p> | <p>e. avoir acquis, après l'obtention de leur titre postgrade, une expérience clinique de douze mois au sein d'un établissement [...] sous la direction d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.</p> |

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

| | | | | | |
|--------|-----|---|----------------|---|---|
| | | | | <p>L'APPOPS considère d'une part que les critères pré-cités recouvrent ceux ajoutés dans le présent alinéa (redondance) et d'autre part ne comprend pas l'inadéquation entre la présente ordonnance en consultation et l'AccredO-LPsy.</p> <p>De plus, le nombre de postes dans les institutions ISFM des catégories A et B proposées ne correspond pas aux besoins à remplir. Il existe actuellement déjà une pénurie de places de formation, qui serait encore accentuée par l'introduction d'une année de pratique clinique supplémentaire.</p> <p>Par ailleurs, la suppression des positions Tarmed relatives à la psychothérapie déléguée crée une incertitude quant au financement des places de travail pour les psychologues dans les institutions psychiatriques.</p> <p>Par conséquent, l'APPOPS demande l'adéquation de la présente ordonnance en consultation avec l'AccredO-LPsy.</p> | |
| APPOPS | 50c | 1 | d (nouveau) | <p>Compétences linguistiques</p> <p>La psychothérapie est une forme de thérapie qui repose sur l'expression orale. Par conséquent, des compétences linguistiques insuffisantes constituent une menace pour le succès de la thérapie. L'APPOPS demande que les compétences linguistiques soient intégrées à l'ordonnance comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger.</p> | d. pouvoir justifier des connaissances nécessaires dans la langue officielle de la région dans laquelle la demande d'admission est déposée (niveau C1 du cadre de référence européen) |

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

| | | | | |
|--------|-----|---|---|---|
| APPOPS | 50c | 2 | <p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>Même pour les cantons disposant d'un hôpital universitaire (catégorie I. A.), les postes de formation se font rares déjà actuellement. Pour les structures privées, les exigences et les coûts liés à l'obtention d'une certification de catégorie I. B. rendent la démarche inintéressante économiquement.</p> <p>La situation ne devrait pas évoluer dans les prochaines années, de sorte qu'à moyen terme (et à court terme dans les cantons non universitaires ou/et à forte pénurie), la relève est fortement entravée, et par là-même la couverture et l'accès aux soins psychiques de la population dans l'ensemble de la Suisse. Or la facilitation à l'accès aux soins psychiques est le moteur central du présent projet.</p> <p>Partant de ce constat, nous estimons que les exigences posées par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM), concernant la reconnaissance des établissements de formation postgrade de la profession médicale, ne tiennent pas compte de la réalité de pénurie de postes de formation disponibles dans lesdits établissements de catégories I. A et B de l'importance cruciale de maintenir les possibilités actuelles de formation en cabinet privé pour les psychologues qui s'y forment partiellement précisément en raison de cette pénurie.</p> <p>Par analogie avec l'ISFM, et vu ce qui précède, il nous semblerait important de créer un organisme fédéral spécifique à la formation des psychologues (p.ex. ISFP) qui déterminerait des critères de qualité pour la</p> | <p>Selon la modification proposée ci-dessus concernant l'art. 50c al. 1 let. c.: « c. avoir acquis, pendant l'obtention de leur titre postgrade ») :</p> <p>2 L'établissement de psychiatrie et psychothérapie visé à l'al. 1, let. c, doit disposer d'une reconnaissance de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) de catégorie A, conformément au ch. 5.2.1 ou B conformément au ch. 5.2.2 du Programme de formation postgraduée du 1er juillet 2009 «Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie» dans la version du 15 décembre 2016, ou d'une reconnaissance des critères-qualité établis en partenariat avec les instituts accrédités au sens des art. 12ss LPsy.</p> |
|--------|-----|---|---|---|

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

| | | | | | |
|--------|-----|--|---|---|---|
| | | | | <p>reconnaissance de cabinets privés ou organisations en charge de formation à la psychothérapie.</p> <p>Rectification de l'absence de mention aux établissements de formation postgrade ambulatoires</p> <p>Le projet de réglementation propose de retenir les établissements des catégories A et B. Or, l'art. 50, al. 2 ne mentionne que les chiffres renvoyant à des établissements stationnaires (5.2.1 et 5.2.2). Il manque ceux correspondant aux services ambulatoires (5.2.3.1 et 5.2.3.2).</p> | <p>Ajout des chiffres manquants :</p> <p>L'établissement de psychiatrie et psychothérapie [...] doit disposer d'une reconnaissance [...] de catégorie A, conformément aux ch. 5.2.1 et 5.2.3.1, ou B, conformément aux ch. 5.2.2 et 5.2.3.1 du Programme de formation postgraduée [...].</p> |
| APPOPS | 52d | | c | <p>Modification consécutive à la modification de l'art. 50c al. 1 let. b (psychologues en formation de psychothérapie)</p> <p>Nous saluons l'excellente possibilité de formation ainsi ouverte aux organisations de psychologues-psychothérapeutes vis-à-vis des psychologues en formation à la psychothérapie, pour autant que le statut d'assistantat proposé ci-dessus soit accepté (cf. Remarques générales, chiffre 2 « Psychologues en formation de psychothérapie ») et que la facturation par le psychologue diplômé assistant de psychothérapeute soit reconnue.</p> | <p>« fournissent leurs prestations au travers de personnes remplissant les conditions énoncées à l'art. 50c al. 1 let. b et c</p> |

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) |
|----------------|---------------|---|--|
| APPOPS | 2 al.1 let. b | <p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>L'APPOPS partage la volonté du Conseil fédéral de favoriser la garantie de la qualité et l'adéquation de la fourniture des prestations. La proposition d'introduire un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final ne va cependant pas dans ce sens, et ce pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'introduction d'un tel diagnostic pour chaque patient créerait un énorme volume de données, dont le traitement, que ce soit sur le plan technique ou du contenu, et les coûts associés seraient disproportionnés par rapport au bénéfice retiré. • Pour des raisons liées à la protection des données, une collecte de données par patient individuel n'est pas admissible. • La collecte de données en continu est certes un aspect scientifique majeur de la recherche en psychothérapie. Elle n'est cependant pas réalisable dans le cadre d'une surveillance de routine, dans la mesure où le nombre de séances prescrit (30) est insuffisant pour une thérapie comme pour une surveillance de routine. De plus, selon la nature du trouble concerné, elle risque de mettre à mal le succès de la thérapie. La réalisation d'un diagnostic préliminaire nécessite 4 à 5 séances à elle seule, voire 7 pour les enfants. | <p>Biffer l'art. 2, al. 1, let. b.</p> <p>b. elle comprend un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final.</p> <p>Reconnaissance d'outils d'évaluation de types CIM-10 et DSM et validation de critères de diagnostics par les organismes de formation de l'orientation psychothérapeutique suivie par le psychothérapeute.</p> |

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

| | | | |
|--------|------------------------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Pour les enfants et les adolescents, le diagnostic n'est pas admissible autrement que sous la forme d'hypothèse diagnostic en raison de la dimension évolutive du développement. • Le contrôle de la fourniture de prestations via des moyens psychométriques constitue une discrimination des maladies psychiques vis-à-vis des maladies somatiques lorsqu'un tel contrôle n'est pas impératif. <p>L'APPOPS demande à ce que les critères de diagnostics soient d'abord validés par les organismes de formation de l'orientation psychothérapeutique suivie par le psychothérapeute et non pas fixés en amont par les seules assurances ou conventions tarifaires, afin d'éviter que les critères changent selon les assurances ou conventions.</p> | |
| APPOPS | 3, 3b et 11b al. 2/3/5 | <p>Refus de la limitation à 15 séances. Limitation de la durée des séances.</p> <p>La limitation à 15 séances, en lieu et place de 30 séances pour les médecins, au-delà de laquelle un rapport doit être adressé au médecin-conseil, est discriminante. En effet, les médecins n'y sont pas soumis, alors que le présent projet juge à raison leur formation équivalente à celle des psychothérapeutes, en matière de psychothérapie.</p> <p>Cette limitation semble entériner la discrimination entre ces deux professions au détriment des psychothérapeutes, discrimination que devait supprimer le présent projet.</p> <p>La limitation à 15 séances engendre une surcharge administrative au détriment du suivi thérapeutique et une mise en péril du processus thérapeutique : si la patientèle n'est pas assurée de la poursuite du suivi, l'investissement du processus thérapeutique sera</p> | <p>Limitation à 30 séances, équivalente aux médecins</p> <p>L'assurance prend en charge les coûts pour un maximum de 30 séances diagnostiques et thérapeutiques d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe.</p> |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>compromis rendant le travail superficiel et peu productif. Il y a en outre un risque d'interruption voire de rupture du suivi au bout de 15 séances si la prescription n'est pas prolongée ou pas à temps, avec une probable péjoration de la motivation thérapeutique et par conséquent de la santé de la patientèle. Ces effets auront pour résultat final d'entraver l'accès aux soins au lieu de le favoriser, en plus d'augmenter les coûts, dès lors reportés, par l'inadéquation de la réponse à la pathologie présentée par le patient.</p> <p>Le rapport est éloquent puisqu'il établit qu'« une psychothérapie moyenne dure 29 séances (enquête structurelle FSP 2012) » (cf. rapport, page 12, chiffre 2.7, deuxième para.), ce qui représente une proportion significative de dépassement de la limite de 15 séances, et dès lors une proportion correspondante de rédaction de rapports et d'échanges interprofessionnels, chronophages, inutiles et coûteux. Dès lors, rien ne justifie une limitation à 15 séances.</p> <p>Nous nous référons en outre à la facturation du temps en absence ci-dessus, sous « Remarques générales », chiffre 1 « Tarification ».</p> <p>Ensuite, une limitation de la durée des séances à 60 minutes pour les thérapies individuelles et à 90 minutes pour les thérapies de groupe n'est pas indiquée, car elle rendrait impossible des formes de traitement importantes, notamment les interventions en cas de crise, les investigations concernant les enfants et les adolescents, l'exposition en cas de phobies, les psychothérapies avec l'assistance d'un interprète, etc. La prise en charge des catégories de personnes particulièrement vulnérables s'en trouverait compliquée.</p> <p>Par conséquent, l'APPOPS estime que les exigences relatives à la durée des séances ne doivent pas être réglées par voie d'ordonnance et demande la suppression de la durée proposée des séances pour les thérapies individuelles et de groupe. Celle-ci doit être fixée dans les conventions tarifaires, autrement dit par le biais de</p> | |
|--|--|---|--|

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

| | | | |
|--------|-----------------|---|--|
| | | <p>la tarification. Cf. suppression du passage concernant la durée des séances à l'art. 11B, al. 2 et 3.</p> <p>Enfin, les critères de la poursuite du traitement au-delà de 30 séances ne sont pas précisés au-delà des laconiques art. 11b al. 5 cum 3b ; le présent projet doit les indiquer clairement.</p> | <p>Les critères de la poursuite du traitement au-delà de 30 séances ne sont pas précisés au-delà des laconiques art. 11b al. 5 cum 3b ; le présent projet doit les indiquer clairement.</p> <p><u>Proposition</u> : L'assurance prend en charge les coûts pour un maximum de 30 séances thérapeutiques supplémentaires avant d'exiger un nouveau rapport rédigé, signé et envoyé par le psychologue-psychothérapeute.</p> |
| APPOPS | 11b | <p>Modalités de la prescription</p> <p>Le libre choix de la patientèle doit être garanti, et le bon de prescription ne pourra pas « prescrire » obligatoirement des noms de psychologue-psychothérapeute. Dans le même sens, la poursuite du suivi doit être subordonnée prioritairement au choix de la patientèle, après échanges de celle-ci avec le médecin prescripteur et le psychologue-psychothérapeute, et non uniquement sur des critères médicaux et/ou d'orientation psychothérapeutique.</p> | <p><u>Nouvel alinéa</u> :</p> <p>La prescription est subordonnée en tout temps au libre choix de la patientèle, en particulier sur la personne fournissant la psychothérapie et sur la poursuite des séances.</p> |
| APPOPS | 11b al. 1 let a | <p>Médecins habilités à prescrire</p> <p>L'APPOPS approuve entièrement la proposition relative aux médecins habilités à prescrire une psychothérapie pratiquée par un psychologue. Accorder à différentes catégories de médecins la possibilité d'adresser des patients va clairement dans le sens de la suppression des obstacles à la prise en charge - notamment dans les situations de crise et dans les régions manquant de médecins psychiatres et/ou pédopsychiatres. Pour les personnes qui ont opté</p> | <p>Modification proposée pour la version française:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |

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

| | | | |
|--------|---------------------------------|---|---|
| | | pour un modèle d'assurance tel que le modèle de médecin de famille, par exemple, un autre médecin peut ainsi prescrire la psychothérapie. | |
| APPOPS | 11b al. 1 let. b et al. 3 | <p>Interventions en cas de crise</p> <p>Les interventions en cas de crise sont sans rapport avec les thérapies de courte durée.</p> <p>Une crise peut être déclenchée, non seulement par une maladie somatique, mais aussi par un trouble psychique. Par conséquent, la restriction aux crises d'origine somatique est inappropriée. Il convient donc de biffer l'adjectif «somatique».</p> <p>L'APPOPS salue la proposition concernant la possibilité d'élargir la compétence de prescription aux médecins de toute spécialité pour les interventions en cas de crise, qui va dans le sens d'une suppression des obstacles à la prise en charge. Cela améliore clairement l'accès à la psychothérapie</p> <p>Cependant, nous relevons l'absence de définition de crise, y compris de critères définissant celle-ci. En tout état de cause, l'intervention de crise peut impliquer une durée plus longue que 10 séances « pour les patients atteints de maladie grave [...] ou de situation mettant la vie en danger » (art. 11b al. 1 OPAS). Si p. ex. une personne est en fin de vie ou atteinte de maladie mortelle (pronostic vital engagé), il est impossible de prévoir sur quelle durée elle aura besoin d'un accompagnement palliatif/thérapeutique.</p> | <p>Pas de limitation des séances dans la durée (comme les médecins)</p> <p>Modification proposée :</p> <p>s'agissant des prestations fournies dans le cadre d'interventions en cas de crise ou de thérapies de courte durée pour des patients atteints de maladies somatiques graves, en cas de nouveau diagnostic ou d'une situation mettant la vie en danger, par un médecin titulaire d'un titre postgrade visé à la let. a ou d'un autre titre postgrade.</p> |
| APPOPS | 11b al. 2 | <p>Limitation à 15 séances</p> <p>La limitation à 15 séances est inacceptable, car coûteuse et inutile. L'inégalité de traitement par rapport aux psychothérapeutes-médecins n'est pas justifiée sur le plan professionnel. Elle entraîne une surcharge administrative, au détriment des patients et de la thérapie. Une telle restriction rend impossible la prise en charge de</p> | <p>Demande de suppression de l'alinéa:</p> <p>Pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, l'assurance prend en charge, par prescription médicale, les coûts de 15 séances au plus, d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe</p> |

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

| | | | |
|--------|-------------------------|---|---|
| | | personnes atteintes de troubles chroniques graves. Elle détériore l'accès à la psychothérapie au lieu de l'améliorer. Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances. | |
| APPOPS | 11b al. 3 | Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances. | Pour les prestations visées à l'al. 1, let. b, l'assurance prend en charge les coûts de dix séances au plus d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapies de groupe |
| APPOPS | 11b al. 4 | Cf. art. 11b, al. 2. Le rapport doit être rédigé et présenté conformément à l'art. 11, al. 5. | Demande de suppression de l'alinéa: Le psychologue-psychothérapeute rédige, avant l'échéance des séances prescrites, un rapport à l'intention du médecin qui prescrit la thérapie. |
| APPOPS | 11b al. 5 | Les rapports après 30 séances doivent être rédigés, signés et facturés par le psychothérapeute en charge du cas et non par le médecin prescripteur. Toute autre exigence est inappropriée. | Si, pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, la psychothérapie doit être poursuivie après 30 séances, la procédure prévue à l'art. 3b est applicable par analogie; la demande est formulée par le médecin prescripteur, le rapport est rédigé, signé et facturé par le psychothérapeute traitant. |
| APPOPS | Disposition transitoire | La durée de prise en charge supplémentaire de 12 mois des prestations de psychothérapie déléguée est plutôt courte, mais acceptable. | |

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

| | | | |
|--------|-------------------------|---|---|
| | | personnes atteintes de troubles chroniques graves. Elle détériore l'accès à la psychothérapie au lieu de l'améliorer. Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances. | |
| APPOPS | 11b al. 3 | Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances. | Pour les prestations visées à l'al. 1, let. b, l'assurance prend en charge les coûts de dix séances au plus d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapies de groupe |
| APPOPS | 11b al. 4 | Cf. art. 11b, al. 2. Le rapport doit être rédigé et présenté conformément à l'art. 11, al. 5. | Demande de suppression de l'alinéa: Le psychologue-psychothérapeute rédige, avant l'échéance des séances prescrites, un rapport à l'intention du médecin qui prescrit la thérapie. |
| APPOPS | 11b al. 5 | Les rapports après 30 séances doivent être rédigés, signés et facturés par le psychothérapeute en charge du cas et non par le médecin prescripteur. Toute autre exigence est inappropriée. | Si, pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, la psychothérapie doit être poursuivie après 30 séances, la procédure prévue à l'art. 3b est applicable par analogie; la demande est formulée par le médecin prescripteur, le rapport est rédigé, signé et facturé par le psychothérapeute traitant. |
| APPOPS | Disposition transitoire | La durée de prise en charge supplémentaire de 12 mois des prestations de psychothérapie déléguée est plutôt courte, mais acceptable. | |

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 : Association des Psychologues du Valais (section Bas-Valais)

Abréviation de l'entreprise / organisation : APVs

Adresse : Rue de Plaisance 7, 1920 Martigny

Personne de référence : Anne Guidoux, présidente section Bas-Valais

Téléphone : 076 686 33 36

Courriel : apvs-apw@hotmail.com

Date : 23.09.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le **17 octobre** 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 |
| APVs | <p>L'APVs (section Bas-Valais) remercie le Conseil fédéral pour l'ouverture de la procédure de consultation sur la modification de l'OAMal (RS 832.102) et de l'OPAS (RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. La suppression du modèle de la psychothérapie déléguée au profit de la reconnaissance de la formation postgrade des psychologues-psychothérapeutes et de leur aptitude à exercer la psychothérapie sous leur propre responsabilité professionnelle (ancrée dans la loi dès l'entrée en vigueur de la LPSy en 2013) est une étape attendue de longue date. L'APVs (section Bas-Valais) remercie également l'OFSP et ses instances pour le travail préliminaire qui a mené au projet d'ordonnance présenté.</p> <p>Veuillez noter que <u>l'abréviation APVs sera utilisée pour désigner la section du Bas-Valais dans l'ensemble de cette prise de position.</u></p> |
| APVs | <p>Le canton du Valais est particulièrement concerné par la pénurie de professionnels spécialistes en psychothérapie remboursés par l'assurance maladie de base. Ce projet permettra de compléter l'offre psychiatrique existante, actuellement très lacunaire selon l'étude ad hoc de l'OFSP en 2016, et améliorera l'accès de tout un chacun à des soins psychiques par l'intermédiaire de la psychothérapie, en particulier pour les enfants et les adolescents. Il permet également une augmentation de la qualité de la coordination des soins entre médecins de premier recours et psychothérapeutes.</p> <p>En outre, ce projet amène une mise à jour des conditions de prestations de soins de la psychothérapie effectuées par des psychologues psychothérapeutes. Cette adaptation est nécessaire puisque, depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur les professions de la Psychologie (LPSy) en 2013, les conditions de formation et d'exercice de la psychothérapie effectuée par des psychologues spécialistes sont clairement établies. Elles répondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité des soins exigés par la LAMal. Le modèle actuel, à savoir la psychothérapie déléguée, est donc devenu obsolète voire contreproductif en termes de contrôle des coûts de la santé.</p> <p>Ainsi, l'APVs soutient l'introduction d'un nouveau modèle autorisant les médecins de premier recours et d'autres médecins spécialistes à prescrire des séances de psychothérapie auprès d'un-e psychologue psychothérapeute au bénéfice d'une formation reconnue au niveau fédéral.</p> <p>En effet, les médecins de premier recours sont parfaitement à même de comprendre les comptes-rendus (rapports écrits ou oraux) des psychothérapeutes et/ou clarifier ensemble d'éventuels éléments complémentaires. Tout médecin référent, principal - dont les oncologues,</p> |

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

| | |
|------|--|
| | <p>neurologues, p. ex. – pourrait aussi à notre sens être inclus dans les médecins habilités à prescrire des séances de psychothérapie. Le système proposé par le projet est dès lors raisonnable et pourrait être même étendu, dans la même logique, à tout médecin référent.</p> <p>Notre prise de position rejoint celle de la Fédération Suisse des Psychologues que nous soutenons pleinement. Ci-dessous, nous aimerions toutefois souligner quelques points particulièrement importants pour le canton du Valais, qui ne dispose ni d'université ni d'hôpital universitaire.</p> |
| APVs | <p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par l'APVs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'APVs approuve entièrement les objectifs de la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. Un accès amélioré à la psychothérapie est indispensable, notamment dans les situations de crise et d'urgence. La prescription par les médecins de premier recours permet de supprimer les obstacles actuels à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Nous sommes également clairement favorables à l'amélioration de la qualité des prestations que devrait entraîner un changement de modèle du fait du caractère contraignant de la LPsy. • En outre, l'APVs adhère totalement aux conditions relatives à la prescription, plus précisément à la proposition concernant les médecins habilités à prescrire une psychothérapie. Ces conditions garantissent l'accessibilité de la psychothérapie, ce qui permet de prendre en charge les patients à temps et, en réduisant la chronicisation et les séjours stationnaires, de faire des économies sur le long terme au sein du système de santé. |
| APVs | <p>Contenus du projet rejetés par l'APVs et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'APVs rejette la limitation à 30 séances. Elle demande le maintien du principe de la prescription de 40 séances, qui a fait ses preuves dans la pratique. De plus, la limitation à 30 séances alourdit la charge administrative et, à terme, entraîne une augmentation des coûts. • L'APVs rejette la fixation d'un nombre maximal de 15 séances par prescription. Là encore, cette mesure entraîne un surcoût sans présenter d'avantage supplémentaire. En Valais, compte tenu de la pénurie médicale, la population ne peut choisir entre une psychothérapie réalisée auprès d'un psychiatre et une psychothérapie réalisée auprès d'un psychologue. Les patients consultent le professionnel qui a encore de la place pour les recevoir. Or, en introduisant une prescription limitée à 15 séances renouvelables moyennant un contact obligatoire avec le médecin prescripteur, nous craignons que les patients valaisans ne soient pénalisés. En effet, cette limitation à 15 séances risque d'augmenter la charge administrative du psychologue-psychothérapeute et du médecin prescripteur, charge qui serait reportée sur la facture adressée au patient qui serait alors « pénalisé » en consultant un psychologue psychothérapeute plutôt qu'un psychiatre. Il y aurait donc, selon nous, un risque de renforcer un système de psychothérapie à deux |

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

| | |
|------|--|
| | <p>vités. Nous trouverions plus juste que les médecins prescripteurs puissent d'emblée prescrire 40 séances de psychothérapie afin d'assurer l'égalité de traitement entre patients de psychiatres et patients de psychologues psychothérapeutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'APVs approuve la pratique clinique supplémentaire d'un an. Il est cependant impératif qu'il soit possible de l'effectuer durant la formation postgrade et sous la direction d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral. Pour ce faire, la création d'un statut de psychologue assistant dans les institutions formatrices, analogue à celui des médecins assistants, nous semble essentiel. • L'APVs rejette la réglementation de la durée des séances par le biais de la prescription. La durée des séances pour les thérapies individuelles et de groupes doit être fixée dans les conventions tarifaires. L'APVs demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • L'APVs adhère au principe de la demande de poursuite de la thérapie par le médecin prescripteur (néanmoins après 40 séances seulement). Le rapport correspondant doit toutefois être impérativement rédigé, signé et facturé par le psychothérapeute traitant. • L'APVs s'oppose à l'introduction d'un diagnostic préliminaire, d'un diagnostic intermédiaire et d'un diagnostic final telle qu'elle est décrite dans le projet. En lieu et place, elle demande l'examen de la pertinence et de la faisabilité d'un tel diagnostic dans le cadre d'un projet pilote. Un procédé d'échantillonnage peut être mis en œuvre à cette fin. |
| APVs | <p>Adaptations complémentaires proposées par l'APVs, incluant des éléments manquants ou insuffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les psychothérapeutes en formation ne sont pas suffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance. Dans un souci d'assurance qualité, nous soutenons la disposition stipulant que les psychologues suivant une formation de psychothérapeute ne sont pas autorisés à facturer à titre indépendant leurs prestations via la caisse-maladie. L'APVs demande toutefois que la formation professionnelle des psychothérapeutes soit assurée et plaide en faveur d'une collaboration avec les cantons afin de garantir l'existence des places de formation à long terme. Jusqu'à présent, une grande partie des psychologues psychothérapeutes pouvaient se former partiellement en cabinet privé, grâce au système de la psychothérapie déléguée, ce qui ne sera plus possible avec ce projet. Or, les institutions psychiatriques du canton du Valais n'ont pas les moyens d'offrir des postes de formation à de futurs psychologues psychothérapeutes en nombre suffisant pour assurer la relève. Le canton du Valais étant fortement touché par la pénurie de psychiatres et de pédopsychiatres, nous craignons que le projet actuel ne conduise à une nouvelle pénurie et ne puisse pas assurer l'accès aux soins psychiques à toute personne qui en aurait besoin, sans limitation financière. |

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

| | |
|------|--|
| | <p>Il convient d'examiner la pertinence d'un modèle d'assistanat au cabinet du praticien, comparable à celui qui existe pour les médecins, ce qui implique la possibilité de facturer les prestations via l'AOS. Ce point doit être clarifié par la réglementation de la formation postgrade. Les possibilités dont disposent les médecins (convention-cadre Tarmed, article 8) doivent également être offertes aux psychologues-psychothérapeutes.</p> <p>Nous proposons un système comme c'est le cas dans le canton de Genève avec l'existence de deux types d'autorisation de pratique de la psychothérapie psychologique. En effet le Règlement sur les professions de la santé (RPS) instaure deux types de droit de pratique, dépendant et indépendant. Le droit de pratique indépendant autorise un psychologue psychothérapeute à travailler sous sa seule responsabilité, tandis que le titre dépendant permet à un psychologue en formation de travailler sous la responsabilité d'un psychologue spécialiste ou d'un médecin disposant des autorisations nécessaires à ce type de pratique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous demandons à ce que la surveillance de la mise en œuvre de la formation post-grade (p. ex. conditions d'engagement de psychologues en formation de psychothérapie, modalités d'intégration notamment de la supervision interne dans la formation) soit garantie par le canton, en collaboration avec les associations professionnelles, peut-être au travers de commissions consultatives, qui pourraient suivre tous les dossiers en lien avec la psychologie. • Le projet actuel est vague quant aux règles qui s'appliqueront à l'avenir aux psychothérapeutes employés par des organisations de droit public et privé. Du point de vue de l'APVs, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. • L'APVs salue les mesures de base destinées à contrer une augmentation injustifiée du volume des prestations. Dans l'éventualité où l'augmentation du nombre de nouvelles admissions (autorisation cantonale d'exercer) dépasserait la moyenne suisse dans un canton, l'APVs envisage une solution comparable à celle prévue par le contre-projet indirect à l'initiative «Pour des soins infirmiers forts». • La psychothérapie repose sur le langage parlé. Par conséquent, l'APVs demande un justificatif des compétences linguistiques de niveau C1 dans l'une des langues nationales suisses comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger. |
| APVs | <p>Pour faciliter la lecture de cette prise de position, il a été renoncé à utiliser les formes différenciées du masculin et du féminin. Sauf indication contraire, la forme générique désigne systématiquement les deux sexes.</p> |

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) |
| APVs | 45-50a | | | Aucune remarque. | |
| APVs | 50b | | | <p>Autorisation de pratiquer pour les neuropsychologues</p> <p>Selon la nouvelle phrase introductive de la version allemande («<i>Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein</i>»), les neuropsychologues qui fournissent, sur prescription, des prestations à titre indépendant et à leur compte doivent obtenir une autorisation conforme au droit cantonal en vigueur.</p> <p>De notre point de vue, la formulation n'est pas claire. Elle présente un risque de confusion entre «Zulassung» (admission) et «Bewilligung» (autorisation). Si ces deux termes correspondent sans distinction à la volonté du Conseil fédéral, il est d'autant plus important d'adapter les dispositions transitoires concernant les neuropsychologues (voir remarques relatives aux dispositions transitoires).</p> | |
| APVs | 50c | 1 | a et b | <p>Titre fédéral et autorisation cantonale</p> <p>Il s'impose et semble pertinent de baser les conditions d'admission des psychologues-psychothérapeutes sur le titre de formation postgrade fédéral défini par la LPsy, ainsi que sur l'autorisation de pratiquer cantonale.</p> | |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|--|
| APVs | 50c | 1 | c | <p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour l'APVs, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. L'APVs adhère également à l'argument du Conseil fédéral, selon lequel une expérience au sein d'équipes interprofessionnelles et la confrontation à un large éventail de troubles sont un préalable essentiel au traitement des maladies dans le cadre de la LAMal. L'APVs pose cependant un regard critique sur la pratique clinique supplémentaire de 12 mois exigée, dans la mesure où elle ne peut être effectuée qu'une fois la formation postgrade de psychologue reconnue au niveau fédéral achevée. L'APVs est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade. L'APVs ne voit pas ce qui justifie que l'expérience clinique supplémentaire d'un an doive être effectuée uniquement APRÈS la formation postgrade. Il n'existe aucun argument, qu'il soit technique ou lié à la qualité, qui justifie une telle limite dans le temps.</p> <p>Le nombre de postes dans les institutions ISFM des catégories A et B proposées ne correspond pas aux besoins à remplir. Il existe actuellement déjà une pénurie de places de formation, qui sera accentuée par l'introduction d'une année de pratique clinique supplémentaire. De plus, la suppression des positions Tarmed relatives à la psychothérapie déléguée crée une incertitude quant au financement de ces places de formation - cela pose problème, notamment dans le domaine hospitalier ambulatoire. Cette problématique peut être contrée en imposant aux cantons la mise à disposition et le co-</p> | <p>Modification proposée:</p> <p>c. avoir acquis, pendant ou après l'obtention de leur titre postgrade, une expérience clinique de douze mois au sein d'un établissement [...] sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou d'un psychologue reconnu au niveau fédéral.</p> |
|------|-----|---|---|---|--|

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

| | | | | | |
|------|-----|---|----------------|--|--|
| | | | | <p>financement d'un nombre suffisant de places de formation postgrade (comme pour les médecins).</p> <p>Par ailleurs, le fait que cette pratique clinique de 12 mois doive être effectuée sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie est trop restrictif eu égard aux places disponibles, mais aussi du point de vue professionnel.</p> <p>Par conséquent, l'APVs demande les adaptations suivantes:</p> <p>La pratique clinique supplémentaire de 12 mois peut être effectuée aussi bien pendant qu'après la formation postgrade. Cela permet de garantir que les personnes qui ont déjà effectué une pratique clinique supplémentaire d'un an pendant leur formation n'aient pas à en refaire une. Cela permet en outre de faire en sorte que les personnes qui ont suivi leur formation à l'étranger se familiarisent avec le système de santé local et ses usages (voir aussi art. 5, al. 2, let. c et f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'APVs rejette le fait que cette pratique clinique supplémentaire ne puisse intervenir qu'une fois la formation postgrade achevée. • La pratique clinique supplémentaire doit en outre pouvoir être effectuée sous la direction, soit d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, soit d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral. | |
| APVs | 50c | 1 | d (nouveau) | <p>Compétences linguistiques</p> <p>La psychothérapie est une forme de thérapie qui repose sur l'expression orale. Par conséquent, des compétences linguistiques insuffisantes constituent une menace pour le succès de la thérapie. L'APVs demande que les compétences</p> | d. pouvoir justifier des connaissances nécessaires dans la langue officielle de la région dans laquelle la demande d'admission est |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|--|---|--|
| | | | | linguistiques soient intégrées à l'ordonnance comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger. | déposée (niveau C1 du cadre de référence européen) |
| APVs | 50c | 2 | | <p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>L'APVs approuve l'exigence relative à la reconnaissance par l'ISFM et aux critères à remplir par les établissements accueillant la pratique clinique supplémentaire d'un an. Elle estime toutefois que l'importante raréfaction des places de formation disponibles est critique. Afin de garantir la prise en charge à long terme et d'éviter la pénurie de places de formation, l'APVs formule la proposition suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cantons doivent être tenus de mettre à disposition, en collaboration avec les associations professionnelles, des places de formation dans les établissements et les organisations proposés, en les assortissant de conditions de rémunération équitables. • Au besoin, des institutions et des organisations supplémentaires, non reconnues par l'ISFM, peuvent être admises comme établissements de formation postgrade pour les psychologues-psychothérapeutes. <p>Rectification de l'absence de mention aux établissements de formation postgrade ambulatoires</p> <p>Le projet de réglementation propose de retenir les établissements des catégories A et B. Or, l'art. 50, al. 2 ne mentionne que les chiffres renvoyant à des établissements stationnaires (5.2.1 et 5.2.2). Il manque ceux correspondant aux services ambulatoires (5.2.3.1 et 5.2.3.2).</p> | <p>Ajout</p> <p>[...] dans la version du 15 décembre 2016. Au besoin, des organisations supplémentaires, ne disposant pas d'une reconnaissance de l'ISFM, peuvent être admises comme établissements de formation postgrade.</p> <p>Ajout des chiffres manquants :</p> <p>L'établissement de psychiatrie et psychothérapie [...] doit disposer d'une reconnaissance [...] de catégorie A, conformément aux ch. 5.2.1 et 5.2.3.1, ou B, conformément aux ch. 5.2.2 et 5.2.3.1 du Programme de formation postgraduée [...].</p> |

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

| | | | | | |
|------|---------------|--|--|---|---|
| APVs | 52d | | | Aucune remarque. | |
| APVs | (nouveau) 52e | | | <p>La justification de l'ajout de l'organisation de neuropsychologie est la même que pour la psychothérapie: le besoin d'une offre de soins moderne telle que celle définie dans la Stratégie Santé 2020.</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation des neuropsychologues</p> <p>Les organisations de neuropsychologues sont admises lorsqu'elles:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sont admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité; b) ont délimité leur champ d'activité quant au lieu, à l'horaire de leurs interventions, aux aspects techniques et aux personnes auxquelles elles fournissent leurs prestations; c) fournissent leurs prestations au travers de personnes remplissant les conditions énoncées à l'art. 50b; d) disposent des équipements correspondant à leur champ d'activité; <p>participent aux mesures de contrôle de la qualité (art. 77) qui garantissent qu'elles fournissent, dans leur champ d'activité, des prestations neuropsychologiques adéquates et de bonne qualité.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-------------------------|------------|--|--|--|
| APVs | Disposition transitoire | Al. 1 et 2 | | L'APVs salue les deux dispositions transitoires, qui vont dans le sens du maintien des acquis des psychothérapeutes déjà admis. Elles permettront d'atténuer de manière pertinente la demande de places de formation, qui ne manquera pas d'augmenter avec l'introduction de l'exigence d'une pratique clinique supplémentaire de douze mois. | |
| APVs | Disposition transitoire | Al. 3 | | L'APVs constate que les neuropsychologues sont absents de cette disposition transitoire. Certains cantons ne soumettent pas l'exercice de l'activité de neuropsychologue à l'obtention d'une autorisation. Par conséquent, une disposition transitoire qui tiendrait compte des neuropsychologues de façon adéquate ne saurait subordonner leur admission à l'obtention d'une autorisation, mais à leur admissibilité à une activité pouvant être facturée à l'assurance obligatoire de soins. | Les fournisseurs de prestations visés aux art. 45 et 46, al. 1, let. a à c, e et f [...] |

Si vous souhaitez supprimer des tableaux du formulaire ou ajouter des lignes, désactivez la protection en écriture sous «Révision/Protéger/Désactiver la protection». Voir 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. | Al. | Let. | Commentaires/remarques | Modification proposée (texte proposé) |
|----------------|------|-----|------|---|---|
| APVs | 2 | 1 | a | Aucune remarque. | |
| APVs | 2 | 1 | b | <p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>L'APVs partage la volonté du Conseil fédéral de favoriser la garantie de la qualité et l'adéquation de la fourniture des prestations. La proposition d'introduire un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final ne va cependant pas dans ce sens, et ce pour les raisons suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'introduction d'un tel diagnostic pour chaque patient créerait un énorme volume de données, dont le traitement, que ce soit sur le plan technique ou du contenu, et les coûts associés seraient disproportionnés par rapport au bénéfice retiré. • Pour des raisons liées à la protection des données, une collecte de données par patient individuel n'est pas admissible. • La collecte de données en continu est certes un aspect scientifique majeur de la recherche en psychothérapie. Elle n'est | <p>Biffer l'art. 2, al. 1, let. B.</p> <p>B. elle comprend un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final.</p> |

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

| | | | | | |
|------|---|--|--|--|---|
| | | | | <p>cependant pas réalisable dans le cadre d'une surveillance de routine, dans la mesure où le nombre de séances prescrit (30) est insuffisant pour une thérapie comme pour une surveillance de routine. De plus, selon la nature du trouble concerné, elle risque de mettre à mal le succès de la thérapie. La réalisation d'un diagnostic préliminaire nécessite 4 à 5 séances à elle seule, voire 7 pour les enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le contrôle de la fourniture de prestations via des moyens psychométriques constitue une discrimination des maladies psychiques vis-à-vis des maladies somatiques lorsqu'un tel contrôle n'est pas impératif. <p>L'APVs propose d'examiner l'adéquation et la faisabilité de l'introduction d'un tel diagnostic et des instruments à utiliser dans le cadre d'un projet pilote. Cela pourrait, par exemple, s'inscrire dans le cadre de l'«article relatif aux projets pilotes» qu'il est prévu d'intégrer à la LAMal. Un modèle d'échantillonnage sophistiqué pourrait ensuite être dérivé des résultats obtenus en vue d'une utilisation systématique.</p> | |
| APVs | 3 | | | Prise en charge de 30 séances et limitation de la durée des séances | L'assurance prend en charge les coûts pour un maximum de 40 séances |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>L'APVs n'adhère pas à la proposition de prise en charge de 30 séances. Le nombre de 40 séances a fait ses preuves. Pour mémoire: dès les années 90, le nombre de séances, alors plus bas, a dû être augmenté à 40 pour des raisons de praticabilité.</p> <p>La rédaction du rapport prévu après 30 séances générerait une charge de travail disproportionnée pour l'ensemble des acteurs (fournisseurs de prestations, caisse, patient). La pratique (avec les assurances privées) a démontré que les patients ne font pas usage d'une prescription quand ils n'en ont pas besoin.</p> <p>Une limitation de la durée des séances à 60 minutes pour les thérapies individuelles et à 90 minutes pour les thérapies de groupe n'est pas indiquée, car elle rendrait impossible des formes de traitement importantes, notamment les interventions en cas de crise, les investigations concernant les enfants et les adolescents, l'exposition en cas de phobies, les psychothérapies avec l'assistance d'un interprète, etc. La prise en charge des catégories de personnes particulièrement vulnérables s'en trouverait compliquée.</p> <p>Par conséquent, l'APVs estime que les exigences relatives à la durée des séances ne doivent pas être réglées par voie d'ordonnance et demande la suppression de la durée</p> | <p>diagnostiques et thérapeutiques d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe. L'article 3b est réservé.</p> |
|--|--|--|--|--|---|

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

| | | | | | |
|------|-----|-------------------------------------|---|---|--|
| | | | | proposée des séances pour les thérapies individuelles et de groupe. Celle-ci doit être fixée dans les conventions tarifaires, autrement dit par le biais de la tarification. Cf. suppression du passage concernant la durée des séances à l'art. 11B, al. 2 et 3. | |
| APVs | 3b | Titre Al. 1, phrase introductive | | Cf. justification concernant l'art. 3 | Procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 40 séances Pour que, après 40 séances, l'assurance continue de prendre en charge les coûts [...] |
| APVs | 11b | 1 | | Aucune remarque. | |
| APVs | 11b | 1 | a | Médecins habilités à prescrire L'APVs approuve entièrement la proposition relative aux médecins habilités à prescrire une psychothérapie pratiquée par un psychologue. Accorder à différentes catégories de médecins la possibilité d'adresser des patients va clairement dans le sens de la suppression des obstacles à la prise en charge - notamment dans les situations de crise. Pour les personnes qui ont opté pour un modèle d'assurance tel que le modèle de médecin de famille, par exemple, un autre médecin peut ainsi prescrire la psychothérapie. | Modification proposée pour la version française: [...] 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 [...] |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|---|
| | | | | <p>Une erreur de traduction s'est glissée dans la version française du projet d'ordonnance. L'APVs part du principe que la version allemande fait foi et propose par conséquent de corriger la version française en remplaçant «psychologie des enfants et des adolescents» par «en pédiatrie» (erreur de traduction du terme «<i>Kinder und Jugendmedizin</i>»).</p> <p>D'après les informations transmises par l'OFSP à la FSP, il n'est pas possible de corriger cette erreur de traduction dans le cadre de l'actuelle procédure de consultation (e-mail du 2 septembre 2019, 12h53).</p> | |
| APVs | 11b | 1 | b | <p>Interventions en cas de crise</p> <p>Les interventions en cas de crise sont sans rapport avec les thérapies de courte durée.</p> <p>Une crise peut être déclenchée, non seulement par une maladie somatique, mais aussi par un trouble psychique. Par conséquent, la restriction aux crises d'origine somatique est inappropriée. Il convient donc de biffer l'adjectif «somatique».</p> <p>L'APVs salue la proposition concernant la possibilité d'élargir la compétence de prescription aux médecins de toute spécialité pour les interventions en cas de crise, qui va dans le sens d'une suppression des obstacles à la prise en charge. Cela améliore clairement l'accès à la psychothérapie. Manquent</p> | <p>Modification proposée :</p> <p>s'agissant des prestations fournies dans le cadre d'interventions en cas de crise ou de thérapies de courte durée pour des patients atteints de maladies somatiques graves, en cas de nouveau diagnostic ou d'une situation mettant la vie en danger, par un médecin titulaire d'un titre postgrade visé à la let. a ou d'un autre titre postgrade.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|--|---|--|
| | | | | néanmoins la définition de la situation de crise et les critères à remplir pour qu'elle puisse être retenue. | |
| APVs | 11b | 2 | | <p>Limitation à 15 séances</p> <p>La limitation à 15 séances est inacceptable, car coûteuse et inutile. L'inégalité de traitement par rapport aux psychothérapeutes-médecins n'est pas justifiée sur le plan professionnel. Elle entraîne une surcharge administrative, au détriment des patients et de la thérapie. Une telle restriction rend impossible la prise en charge de personnes atteintes de troubles chroniques graves. Elle détériore l'accès à la psychothérapie au lieu de l'améliorer.</p> <p>Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances.</p> | <p>Demande de suppression de l'alinéa:</p> <p>Pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, l'assurance prend en charge, par prescription médicale, les coûts de 15 séances au plus, d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe.</p> |
| APVs | 11b | 3 | | <p>L'APVs n'a rien à objecter à la limitation à 10 séances concernant les interventions en cas de crise.</p> <p>Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances.</p> | <p>Pour les prestations visées à l'al. 1, let. b, l'assurance prend en charge les coûts de dix séances au plus d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapies de groupe.</p> |
| APVs | 11b | 4 | | <p>Cf. art. 11b, al. 2. Le rapport doit être rédigé et présenté conformément à l'art. 11, al. 5.</p> | <p>Demande de suppression de l'alinéa:</p> <p>Le psychologue psychothérapeute rédige, avant l'échéance des séances</p> |

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

| | | | | | |
|------|-------------------------|---|--|--|--|
| | | | | | prescrites, un rapport à l'intention du médecin qui prescrit la thérapie. |
| APVs | 11b | 5 | | Les rapports après 40 séances doivent être rédigés par le psychothérapeute en charge du cas et non par le médecin prescripteur. Toute autre exigence est inappropriée. | Si, pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, la psychothérapie doit être poursuivie après 40 séances, la procédure prévue à l'art. 3b est applicable par analogie; la demande est formulée par le médecin prescripteur, le rapport est rédigé par le psychothérapeute. |
| APVs | Disposition transitoire | | | La durée de prise en charge supplémentaire de 12 mois des prestations de psychothérapie déléguée est plutôt courte, mais acceptable. | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Assoziation der Psychologinnen und Psychologen des Wallis (Sektion Oberwallis), Gliedverband der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP)oder

Abkürzung der Firma / Organisation : APW

Adresse : Sekretariat c/o Paul Weber, Totengässli 5, 3953 Leuk-Stadt

Kontaktperson : Christine Lutz, Präsidentin Sektion Oberwallis

Telefon : 079 367 80 93

E-Mail : christine.lutz@hotmail.ch

Datum : 16. 10. 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **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 |
|--------------------------|--|
| APW (Sektion Oberwallis) | <p>Die APW 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 APW bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben.</p> <p>Wir möchten darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme in Zusammenarbeit mit den drei Psychologie-/Psychotherapieverbänden FSP, ASP und SBAP der Schweiz erarbeitet worden ist, mit Bezugnahme auf örtliche Bedürfnisse und Anforderungen.</p> |
| APW (Sektion Oberwallis) | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die APW klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die APW 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 APW 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. |
| APW (Sektion Oberwallis) | <p>Inhalte der Vorlage, welche die APW ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die APW 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 APW lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die APW 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, d.h. im Oberwallis |

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

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>also auch am Zentrum für Therapie und Entwicklung des Kindes und Jugendlichen (ZET).</p> <ul style="list-style-type: none"> Die APW lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die APW verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die APW 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 APW 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. |
| APW (Sektion Oberwallis) | <p>Ergänzungen, welche die APW vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die APW verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit dem Kanton 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 APW braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die APW 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 APW eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die APW 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**

| | |
|--------------------------|---|
| APW (Sektion Oberwallis) | 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) |
| APW (Sektion Oberwallis) | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| APW (Sektion Oberwallis) | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen anpasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| APW (Sektion Oberwallis) | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen</p> | |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|---|---|---|---|
| | | | | Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige. | |
| APW (Sektion Oberwallis) | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der APW unbestritten. Die APW 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 APW 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 APW begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die APW ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen im Oberwallis 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</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|---|---------|---|--|
| | | | | <p>problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die APW fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die APW ab. - Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können (so am Zentrum für Entwicklung und Therapie des Kindes und Jugendlichen, ZET). | |
| APW (Sektion Oberwallis) | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den</p> | 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. Die APW fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| APW (Sektion Oberwallis) | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die APW ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die APW 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 APW folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------|-------|--|--|--|
| APW (Sektion Oberwallis) | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| APW (Sektion Oberwallis) | (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 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. |
| APW (Sektion Oberwallis) | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die APW 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 | |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------|---|--|---|---|
| | | | | zunehmen wird. | |
| APW (Sektion Oberwallis) | Übergangsbest. | 3 | | Die APW stellt fest, dass bei der Übergangsbestimmung die Neuropsychologen keine Erwähnung finden. Es gibt einige Kantone, die bisher keine Bewilligungspflicht für die Neuropsychologen kennen. Daher kann eine Übergangsbestimmung, welche die Neuropsychologen angemessen berücksichtigt, nicht an die Bewilligung knüpfen, sondern an die bisherige Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. | Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a-c, e und f [...] |

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | | | |
|--|------|------|------|---|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| APW (Sektion Oberwallis) | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| APW (Sektion Oberwallis) | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die APW 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der 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. <p>Die APW schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| APW (Sektion Oberwallis) | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die APW ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|--|---|--|--|
| | | | | <p>verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die APW ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| APW (Sektion Oberwallis) | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| APW (Sektion Oberwallis) | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| APW (Sektion Oberwallis) | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die APW 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des</p> |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|---|---|---|--|
| | | | | <p>Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die APW geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die APW ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | <p>adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| APW (Sektion Oberwallis) | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die APW den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|---|--|---|---|
| | | | | 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. | |
| APW (Sektion Oberwallis) | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| APW (Sektion Oberwallis) | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| APW (Sektion Oberwallis) | 11b | 4 | | Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen. | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor</p> |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|---|--|---|---|
| | | | | | Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht. |
| APW (Sektion Oberwallis) | 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. |
| APW (Sektion Oberwallis) | 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 : Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Abkürzung der Firma / Organisation : ASP

Adresse : Riedtlistrasse 8, 8006 Zürich

Kontaktperson : Marianne Roth

Telefon : 043 268 93 79

E-Mail : marianne.roth@psychotherapie.ch

Datum : 10.09.2019

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 |
| ASP | <p>Die ASP 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 Psychotherapeut*innen 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 ASP bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme das Resultat der Zusammenarbeit der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbänden ASP, FSP 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.</p> |
| ASP | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die ASP klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die ASP 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 ASP 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. |
| ASP | <p>Inhalte der Vorlage, welche die ASP ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die ASP 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 den administrativen Aufwand 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**

| | |
|-----|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Die ASP lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeut*innen gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Die ASP 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 oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin zu absolvieren. • Die ASP lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die ASP verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Die ASP ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin einverstanden. Der dazugehörige Bericht muss aber zwingend vom behandelnden Psychotherapeuten oder der behandelnden Psychotherapeutin verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. • Die ASP 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. |
| ASP | <p>Ergänzungen, welche die ASP vorschlägt, die im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeut*innen in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psycholog*innen in Weiterbildung zum Psychotherapeuten oder zur Psychotherapeutin nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die ASP verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeut*innen gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzt*innen 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 Psychotherapeut*innen in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der ASP braucht es weiterhin die Möglichkeit psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. |

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

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Die ASP unterstützt grundsätzlich Massnahmen, welche ungerechtfertigte Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich die ASP eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. .• Psychotherapie basiert auf Sprache. Die ASP fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 der Schweizer Amtssprache 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**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|---|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| ASP | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| Error! Reference source not found.ASP | 50b | | | Keine Bemerkungen | |
| ASP | 50c | 1 | a & b | Eidg. Titel und kantonale Bewilligung Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeut*innen auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige. | |
| ASP | 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 ASP unbestritten. Die ASP 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 ASP steht aber der geforderten zusätzlichen Erfahrung von 12 Monaten klinischer Praxis kritisch gegenüber, sofern diese nur nach Abschluss der Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten oder zur eidg. anerkannten Psychotherapeutin erfolgen kann. Die ASP 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 |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die ASP ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmed-Positionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte und Ärztinnen).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt oder einer Fachärztin in Psychiatrie und Psychotherapie begleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen, insbesondere auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die ASP fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs. 2 lit. c und f).</p> | <p>Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |
|--|--|--|--|--|---|

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|------------|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die ASP ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten oder einer eidg. anerkannten Psychotherapeutin erfolgen können. | |
| ASP | 50c | 1 | d (neu) | Sprachkompetenz Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die ASP fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium 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) |
| ASP | 50c | 2 | | Anforderungen an die Weiterbildungsstätten Die ASP ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die ASP 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 ASP folgendes vor: <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. | 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**

| | | | | | |
|-----|----------------|-------|--|--|--|
| | | | | 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 [...] |
| ASP | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| ASP | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die ASP begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandwahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeut*innen. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise 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.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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) |
| ASP | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| ASP | 2 | 1 | b | <p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Die ASP teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit dem Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wird das Ziel verfehlt. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten oder jede Patientin würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische als auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig wären. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten oder einzelne Patientin 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 | <p>Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen</p> <p>b. Sie umfasst eine Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten</p> |

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

| | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|
| | | | | <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Die ASP schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
| ASP | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die ASP ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren waren die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient*in). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patient*innen nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen, insbesondere Kriseninterventionen, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc., damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die ASP ist der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|-----|-----|----------------------------|---|--|---|
| ASP | 3b | Sachüberschrift 1 und 4 | | Siehe Begründung zu Art. 3. | Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...] |
| ASP | 11b | 1 | | Keinen Bemerkungen | |
| ASP | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte und Ärztinnen</p> <p>Die ASP begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzt*innen. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedene Kategorien von Ärzt*innen dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt oder eine andere Ärztin eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die ASP geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|---------|---|---|--|
| ASP | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die ASP den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzt*innen jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |
| ASP | 11b | 2 und 4 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeut*innen ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patient*innen und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden.</p> | <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |

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

| | | | | | |
|-----|---------------------|---|--|--|---|
| | | | | Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3. | |
| ASP | 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. |
| ASP | 11b | 4 | | Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen. | Antrag auf Streichung |
| ASP | 11b | 5 | | Die Berichte nach 40 Stunden müssen vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten oder von der fachverantwortlichen Psychotherapeutin erstellt werden und nicht vom anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin. Alles andere ist nicht sachgerecht. | Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar; der Bericht erfolgt durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin, der Antrag durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin. |
| ASP | 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. | |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

Parere di

Nome / azienda / organizzazione : Associazione Ticinese Psicologi

Abbreviazione dell'azienda / dell'organizzazione: ATP

Indirizzo : c/o Mariela Browne Balestra, via Selva 70, 6990 Cassina d'Agno

Persona di contatto : Matteo Magni, Presidente ATP

Telefono : 076 441 66 04

E-mail : info@psicologi-ticino.ch

Data : 24.09.2019

Indicazioni importanti:

1. Si prega di non modificare la formattazione del modulo e di compilare soltanto i campi del modulo in grigio.
2. Utilizzare una riga per ogni articolo, capoverso e lettera o per ogni capitolo del rapporto esplicativo.
3. Inviare i pareri in formato elettronico **sotto forma di documento Word** entro il **17 ottobre 2019** al seguente indirizzo di posta elettronica:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Grazie mille della collaborazione!

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| Osservazioni generali | |
|------------------------------|---|
| Nome/azienda | Commento/osservazioni |
| ATP | L'ATP ringrazia il Consiglio federale per aver avviato la procedura di consultazione per la modifica delle ordinanze (OAMal; RS 832.102/OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica. È un passo atteso da lungo tempo con cui si auspica l'abbandono del modello della delega verso il riconoscimento della formazione postgraduale degli psicoterapeuti psicologi e la loro preparazione all'esercizio della psicoterapia sotto la propria responsabilità professionale, circostanza peraltro già sancita legalmente con l'entrata in vigore nel 2013 della LPPsi. L'ATP ringrazia inoltre l'UFSP e le sue commissioni per i lavori preparatori sfociati nel disegno di ordinanza. Siamo tuttavia rammaricati per il mancato coinvolgimento dei fornitori di prestazioni già in fase di elaborazione del disegno, perché ciò avrebbe contribuito a migliorarne qualità e coerenza. |
| ATP | <p>Punti cardine del disegno che L'ATP sostiene senza riserve</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ATP condivide pienamente gli obiettivi del nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica. Esiste la necessità di migliorare l'accesso alle prestazioni psicoterapeutiche, specialmente in situazioni di crisi e di emergenza. La possibilità per i medici di famiglia di prescrivere la psicoterapia consente di abbattere gli ostacoli che attualmente pregiudicano l'accesso alle cure da parte di chi soffre di disturbi psichici. Altro punto che appoggiamo è il miglioramento, atteso con il passaggio al nuovo modello, della qualità delle prestazioni erogate in virtù del carattere vincolante della LPPsi. • L'ATP condivide appieno le condizioni per la prescrizione ovvero la proposta concernente la facoltà per i medici di prescrivere la psicoterapia psicologica. Tale proposta assicura ampio accesso alla psicoterapia e quindi maggiore tempestività di intervento sui pazienti e, riducendo la cronicizzazione dei problemi e i ricoveri ospedalieri, permette al sistema sanitario di risparmiare nel lungo periodo. |
| ATP | <p>Punti del disegno che L'ATP respinge con richiesta di modifica</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ATP respinge la proposta di limitare a 30 il numero delle sedute. Chiede che venga mantenuta l'attuale disposizione a 40 sedute, essendo questa una prassi già dimostratasi valida e causando la restrizione a 30 sedute un aumento del carico amministrativo e quindi, in ultima analisi, dei costi. |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | |
|-----|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • L'ATP respinge la proposta relativa alla prescrizione scaglionata della terapia a blocchi di 15 sedute ciascuno. Ciò provocherebbe un aumento dei costi senza che ne conseguano particolari benefici e svantaggerebbe inoltre gli psicoterapeuti psicologici rispetto ai medici fornitori di prestazioni. • L'ATP è d'accordo sull'introduzione di un anno aggiuntivo di esperienza clinica, a condizione, però, che possa essere assolto già durante la formazione postgraduale e anche sotto la direzione di uno psicoterapeuta riconosciuto dalla Confederazione. • L'ATP respinge il vincolo imposto sul tempo massimo di una seduta. Il tempo massimo per seduta delle terapie individuali e di gruppo deve essere stabilito nelle convenzioni tariffali. L'ATP chiede quindi che dalla proposta si stralci la precisazione sulla durata delle singole sedute. • L'ATP concorda in linea di principio con la condizione che il medico prescrivente debba presentare domanda di proseguimento della terapia (ma solo dopo 40 sedute). Il rapporto da allegare alla domanda deve però essere elaborato, sottoscritto e fatturato dallo psicoterapeuta curante. • L'ATP respinge l'introduzione di una fase diagnostica iniziale, intermedia e conclusiva così come definita dalla proposta e chiede invece che l'idoneità e la praticabilità di un tale modello diagnostico vengano verificate tramite un progetto ad hoc, dopo il quale eventualmente approntare una procedura di campionamento. |
| ATP | <p>Emendamenti proposti dall'ATP su aspetti che il disegno di ordinanza non menziona o non prende in considerazione in misura sufficiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il disegno di ordinanza non tiene sufficientemente in considerazione gli psicoterapeuti in formazione. Per motivi di garanzia della qualità appoggiamo la proposta di non consentire agli psicologi che si stanno formando per diventare psicoterapeuti di poter fatturare autonomamente tramite la cassa malati. L'ATP chiede tuttavia che venga assicurata la formazione professionale degli psicoterapeuti e auspica la collaborazione con i cantoni affinché sia garantita nel tempo la disponibilità dei posti di formazione. In futuro si dovrà eventualmente valutare l'opportunità di introdurre l'assistenza di studio medico come già avviene per i medici, eventualità che richiederebbe l'imputabilità dei costi all'AOMS. Si tratta comunque di una questione che pertiene alla regolamentazione sulla formazione postgraduale e che andrebbe risolta per la psicoterapia psicologica in maniera analoga alla normativa in vigore per i medici (convenzione quadro TARMED). • L'attuale disegno non chiarisce in che modo sarà regolamentata in futuro la situazione degli psicoterapeuti impiegati in organizzazioni pubbliche e private. L'ATP ritiene che vada mantenuta la possibilità di erogare prestazioni psicoterapeutiche in presenza di un rapporto d'impiego. |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | |
|-----|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> In generale l'ATP promuove misure che contrastano l'aumento ingiustificato del volume delle prestazioni nel sistema sanitario. Se in un cantone le nuove autorizzazioni crescono più della media svizzera, l'ATP prefigura una soluzione paragonabile al progetto in consultazione del controprogetto indiretto all'Iniziativa sulle cure infermieristiche. La psicoterapia è basata sull'espressione linguistica. L'ATP chiede che i titolari di diploma estero vengano autorizzati solo a condizione che dimostrino competenze linguistiche di livello C1 della lingua ufficiale svizzera. |
| ATP | Per favorire la leggibilità si rinuncia nel presente documento all'utilizzo contemporaneo della forma maschile e femminile. Ove non diversamente specificato, sono sempre sottintesi entrambi i sessi. |

Commenti al disegno di modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)

| Nome/azienda | Art. | Cpv. | Let. | Commento/osservazioni | Proposta di modifica (testo proposto) |
|--------------|--------|------|------|--|---------------------------------------|
| ATP | 45-50a | | | Nessun commento | |
| ATP | 50b | | | <p>Autorizzazione all'esercizio della professione per i neuropsicologi</p> <p>In base alla nuova frase introduttiva: «I neuropsicologi devono essere autorizzati in virtù del diritto cantonale», i neuropsicologi che vogliano dispensare cure su prescrizione medica in nome e per conto proprio devono essere in possesso di autorizzazione ai sensi del diritto cantonale.</p> <p>A nostro avviso, tale formulazione non è chiara, perché rischia di creare confusione tra autorizzazione intesa come ammissione alla professione e autorizzazione all'esercizio della professione rilasciata dai cantoni. Se per il Consiglio federale l'autorizzazione va intesa nei due casi nello stesso modo, allora</p> | |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | | | | | |
|-----|-----|---|-------|---|---|
| | | | | questa sarebbe una ragione in più per chiedere una modifica delle disposizioni transitorie riguardanti i neuropsicologi (si vedano i commenti alle disposizioni transitorie). | |
| ATP | 50c | 1 | a & b | Titolo federale e autorizzazione cantonale La sola opzione che riteniamo essere giusta e indicata quale condizione d'autorizzazione per gli psicoterapeuti psicologi è il conseguimento di un titolo di perfezionamento federale ai sensi della LPPsi e il possesso dell'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione. | |
| | | | | | |
| ATP | 50c | 1 | c | Ulteriore esperienza clinica di 12 mesi dopo il conseguimento del titolo L'ATP non ha dubbi sull'utilità dell'esperienza clinica nell'ottica della professione e della qualità delle prestazioni. Concorde quindi con il Consiglio federale ove afferma che l'esperienza all'interno di team interprofessionali a contatto con un ampio spettro di disturbi costituisca un presupposto importante per trattare le malattie nell'ambito della LAMal. Rispetto a questo requisito critica però la possibilità che l'ulteriore esperienza clinica di 12 mesi possa essere svolta soltanto dopo il conseguimento del titolo di perfezionamento come psicoterapeuta riconosciuto dalla Confederazione. L'ATP | Proposta di modifica e completamento: c. durante o dopo il conseguimento del titolo di perfezionamento, un'esperienza clinica di 12 mesi in aggiunta a quella richiesta nel quadro del perfezionamento in un [...] sotto la direzione di un medico specialista in psichiatria e psicoterapia o di uno psicoterapeuta riconosciuto dalla Confederazione. |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>accoglie con favore questa proposta, a condizione però che l'ulteriore anno di pratica clinica possa essere assolto anche durante il ciclo di perfezionamento. Per l'ATP non è chiaro come mai si debba attendere il conseguimento del titolo prima di potersi dedicare alla prassi in clinica. Non esistono argomentazioni di tipo scientifico o qualitativo che giustificano una restrizione temporale di questo tipo.</p> <p>Il numero di posti disponibili negli istituti ISFM proposti di categoria A o B non soddisfano il fabbisogno. Poiché i posti di formazione sono già oggi carenti, il problema non potrà che accentuarsi con l'introduzione di un ulteriore anno di esperienza clinica. Inoltre, con lo stralcio delle posizioni del Tarmed per la psicoterapia delegata, di questi posti di formazione non è più garantito neanche il finanziamento. Particolarmente problematica è la situazione in ambito ambulatoriale ospedaliero, che potrà essere contrastata obbligando i cantoni a fornire e a cofinanziare un numero sufficiente di posti di formazione postgraduale (in maniera analoga al ramo medico).</p> <p>Inoltre, la condizione che prevede che durante questi 12 mesi l'esperienza clinica si svolga sotto la direzione di un medico specialista in psichiatria e psicoterapia risulta troppo restrittiva sia rispetto alla disponibilità di posti per lo svolgimento della pratica sia da un punto di vista prettamente disciplinare.</p> <p>L'ATP chiede quindi che vengano apportate le seguenti modifiche:</p> <p>L'ulteriore esperienza clinica di 12 mesi deve potersi svolgere sia durante che dopo il ciclo di perfezionamento, così da garantire a coloro che hanno già assolto l'anno aggiuntivo durante la formazione di non doverlo poi ripetere. In tal modo si garantisce anche che coloro che hanno assolto la formazione</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | | | | | |
|-----|-----|---|--------------|---|--|
| | | | | <p>all'estero abbiano la possibilità di acquisire familiarità con il sistema sanitario e le abitudini locali (v. anche art. 5 cpv. 2 lettere c ed f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ATP respinge la possibilità che tale esperienza possa essere acquisita esclusivamente dopo il conseguimento del titolo di perfezionamento. • L'ulteriore anno di pratica in clinica deve svolgersi o sotto la direzione di un medico specialista in psichiatria e psicoterapia o di uno psicoterapeuta riconosciuto dalla Confederazione. | |
| ATP | 50c | 1 | d (nuovo) | <p>Competenza linguistica</p> <p>Essendo la psicoterapia una forma di terapia basata sull'espressione linguistica, carenze nel linguaggio possono comprometterne il risultato. Pertanto l'ATP chiede che la competenza linguistica venga inserita nell'ordinanza quale condizione d'autorizzazione per i titolari di diploma estero.</p> | d. la conoscenza della lingua ufficiale della regione per la quale viene richiesta l'autorizzazione (livello C1 del quadro comune europeo di riferimento) |
| ATP | 50c | 2 | | <p>Requisiti dei centri di perfezionamento professionale</p> <p>L'ATP approva la lista ISFM e concorda con i criteri proposti per i centri di formazione ai fini del completamento dell'anno aggiuntivo di esperienza clinica. La nota dolente, secondo il parere dell'ATP, è però la scarsa disponibilità di posti di formazione. Per assicurare l'assistenza nel lungo periodo ed evitare la carenza di posti di formazione, l'ATP propone</p> <ul style="list-style-type: none"> • che siano i cantoni a dover assicurare, in collaborazione con le associazioni di categoria, i posti necessari negli istituti e nelle organizzazioni proposte, premurandosi di garantirne la giusta remunerazione; | <p>Aggiunta</p> <p>[...] 15 dicembre 2016. All'occorrenza possono essere autorizzati quali centri di perfezionamento altri istituti non riconosciuti dall'ISFM.</p> |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | | | | |
|-----|-------------|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> di autorizzare, all'occorrenza, quali centri di perfezionamento per psicoterapeuti psicologi altri istituti e organizzazioni non riconosciuti dall'ISFM. <p>Correzione del riferimento ai centri di perfezionamento professionale operanti in regime ambulatoriale Nella bozza del regolamento vengono proposti i centri di perfezionamento professionale delle categorie A e B. Nel riferimento contenuto nell'articolo 50c cpv. 2 figurano soltanto gli istituti che operano in regime stazionario (5.2.1 e 5.2.2), mentre mancano i numeri relativi agli istituti operanti in regime ambulatoriale (5.2.3.1 e 5.2.3.2).</p> | <p>Aggiunta dei numeri mancanti: [...] come centro di perfezionamento di categoria A di cui ai numeri 5.2.1 e 5.2.3.1 o di categoria B di cui ai numeri 5.2.2 e 5.2.3.2 del programma di perfezionamento professionale [...]</p> |
| ATP | 52d | | Nessun commento | |
| ATP | (nuovo) 52e | | <p>La ragione alla base dell'aggiunta delle organizzazioni di neuropsicologia è analoga a quella della psicoterapia: la necessità di dispensare prestazioni in linea con le moderne esigenze, come sancito dalla strategia Sanità2020. https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organizzazioni dei neuropsicologi Le organizzazioni dei neuropsicologi sono autorizzate se:</p> <ol style="list-style-type: none"> sono riconosciute giusta la legislazione del Cantone in cui esercitano; hanno definito il loro campo di attività quanto al territorio, all'orario, al tipo di cure e di pazienti; le loro prestazioni sono fornite da persone che adempiono le condizioni di cui all'articolo 50b; dispongono delle attrezzature corrispondenti al loro campo di attività; <p>partecipano alle misure di controllo di qualità di cui all'articolo 77, intese a</p> |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | | | | | |
|-----|--------------------------|-------|--|--|--|
| | | | | | garantire, nell'ambito del loro campo di attività, cure neuropsicologiche adeguate e di buona qualità. |
| ATP | Disposizioni transitorie | 1 & 2 | | L'ATP accoglie con favore entrambe le disposizioni transitorie in quanto finalizzate al mantenimento dell'attuale stato delle cose per gli psicoterapeuti già autorizzati. Questa disposizione attenua in maniera opportuna la domanda di posti di formazione che aumenterà in seguito all'introduzione dell'anno aggiuntivo di esperienza clinica. | |
| ATP | Disposizione transitoria | 3 | | L'ATP constata come dalla disposizione transitoria restino esclusi i neuropsicologi. Ci sono cantoni in cui sinora i neuropsicologi non sottostavano a obbligo di autorizzazione cantonale. Pertanto una disposizione transitoria che tenga adeguatamente conto dei neuropsicologi non può fare perno sull'autorizzazione cantonale quanto sull'autorizzazione che sinora abilita all'esercizio dell'attività a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria. | I fornitori di prestazioni di cui agli articoli 45 e 46 capoverso 1 lettere a–c, e ed f [...] |

Se si desidera eliminare singole tabelle del modulo o aggiungere nuove righe, si può rimuovere la protezione da scrittura dalla scheda "Revisione/Proteggi/Rimuovi protezione". Vedere istruzioni in allegato.

Commenti al disegno di modifica dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre)

| Nome/azienda | Art. | Cpv. | Let. | Commento/osservazioni | Proposta di modifica (testo proposto) |
|--------------|------|------|------|--|---------------------------------------|
| ATP | 2 | 1 | a | Nessun commento | |
| ATP | 2 | 1 | b | Diagnostica iniziale, intermedia e conclusiva | Stralciare l'art. 2 cpv. 1 lettera b |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| | | | | <p>L'ATP condivide la preoccupazione del Consiglio federale di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni fornite. La proposta di introdurre una fase di diagnostica iniziale, intermedia e conclusiva manca però l'obiettivo. Questi i motivi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'introduzione di una diagnostica di questo tipo, da effettuarsi per ciascun paziente, andrebbe a creare un'enorme quantità di dati per la cui elaborazione, tanto tecnica quanto contenutistica, insorgerebbero costi del tutto sproporzionati rispetto alla sua utilità. • Per ragioni connesse con la protezione dei dati non è consentito rilevare informazioni sui singoli pazienti. • Sebbene la raccolta di dati intermedi rappresenti un aspetto importante della ricerca psicoterapeutica, la procedura non è attuabile nell'ambito di un monitoraggio di routine perché il numero predefinito di sedute (30) non è sufficiente per effettuare sia la terapia che il monitoraggio e, inoltre, a seconda del tipo di disturbo, potrebbe addirittura compromettere il successo della terapia. Per la sola diagnostica iniziale sono necessarie da 4 a 5 sedute, se i pazienti sono bambini anche fino a 7. • La verifica delle prestazioni tramite strumenti psicometrici va a discriminare le | <p>b. il metodo applicato comprende una fase diagnostica iniziale, intermedia e conclusiva con strumenti validati.</p> |
|--|--|--|--|---|---|

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|
| | | | | <p>malattie psichiche a discapito di quelle somatiche per le quali una verifica di questo tipo non è richiesta.</p> <p>L'ATP propone di verificare l'idoneità e la praticabilità di una diagnostica di questo tipo e degli strumenti da utilizzare nell'ambito di un apposito progetto modello, prima di deciderne l'introduzione. La verifica potrebbe svolgersi ad esempio in virtù del programmato «articolo sulla sperimentazione» della LAMal. In base ai risultati si potrà poi pensare, in un secondo momento, di ricavare e affinare un modello di campionamento da utilizzare di routine.</p> | |
| ATP | 3 | | | <p>Assunzione dei costi di 30 sedute e limitazione del tempo massimo di una seduta</p> <p>L'ATP dissente dalla proposta di garantire l'assunzione dei costi per sole 30 sedute. Il numero di sedute dimostratosi efficace è 40. Per fare mente locale: anche negli anni '90 era previsto un numero di sedute inferiore, che si è dovuto poi portare a 40 proprio per ragioni di operatività.</p> <p>L'obbligo di stilare un rapporto a conclusione delle 30 ore produce una mole aggiuntiva di lavoro spropositatamente alta per tutte le parti coinvolte (fornitore di prestazioni, cassa, paziente). La prassi (con le assicurazioni private) ha dimostrato come i pazienti non</p> | <p>L'assicurazione assume al massimo i costi di 30 sedute d'accertamento e di terapia di durata fino a 60 minuti per le terapie individuali e fino a 90 minuti per le terapie di gruppo. L'articolo 3b resta con riserva.</p> |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | | | | | |
|-----|-----|--------------------------------------|--|---|--|
| | | | | <p>sfruttino inutilmente l'intera prescrizione se non ve ne è un effettivo bisogno.</p> <p>È inopportuno contenere la durata delle sedute a 60 minuti per gli individui e a 90 minuti per i gruppi, perché ciò impedirebbe l'attuazione di importanti forme terapeutiche, in particolare gli interventi in caso di crisi, le sedute di accertamento dedicate a bambini e adolescenti, le esposizioni all'ansia, la psicoterapia supportata da interpreti ecc., limitando fortemente l'accesso alle cure da parte di gruppi di persone particolarmente vulnerabili.</p> <p>L'ATP ritiene quindi che il tempo massimo di una seduta non vada fissato nell'ordinanza e chiede pertanto la cancellazione del passaggio relativo alla durata delle sedute per le terapie individuali e di gruppo. La durata deve essere regolamentata dalle convenzioni tariffali ovvero limitata tramite tariffazione. Cfr. anche lo stralcio dell'indicazione del tempo massimo di una seduta all'art. 11b cpv. 2 e 3.</p> | |
| ATP | 3b | Rubrica Cpv. 1 frase introduttiva | | V. motivazione all'art. 3 | <p>Procedura per l'assunzione dei costi per una terapia che duri più di 40 sedute</p> <p>Affinché dopo 40 sedute la psicoterapia continui ad essere remunerata dall'assicurazione, [...]</p> |
| ATP | 11b | 1 | | Nessun commento | |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|--|--|
| ATP | 11b | 1 | a | <p>Medici autorizzati alla prescrizione</p> <p>L'ATP accoglie senza riserve la proposta indicante i medici autorizzati a prescrivere la psicoterapia psicologica. Il fatto che medici di più categorie possano prescrivere la è chiaramente funzionale alla riduzione delle barriere di accesso, in particolare anche in situazioni di crisi. Così anche le persone assicurate nel modello del medico di famiglia possono beneficiare della psicoterapia prescritta da un altro medico.</p> <p>Nella versione francese del modello di ordinanza è presente un errore di traduzione. L'ATP presume che il testo determinante sia quello tedesco e si permette quindi di proporre la correzione per la versione francese, dove il titolo di specializzazione «Medicina dell'infanzia e dell'adolescenza» è stato tradotto in maniera errata.</p> <p>Stando alle informazioni fornite all'ATP dall'UFSP non è possibile correggere questo errore di traduzione nella procedura di consultazione in corso (mail del 2 settembre 2019, ore 12:53).</p> | <p>Proposta di modifica della versione francese:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| ATP | 11b | 1 | b | <p>Interventi in caso di crisi</p> <p>Tra interventi in caso di crisi e terapie brevi non c'è nessuna connessione.</p> | <p>Proposta di modifica</p> <p>per le prestazioni per interventi in caso di crisi e terapie brevi per pazienti con gravi malattie somatiche, in caso di una nuova</p> |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | | | | | |
|-----|-----|---|--|---|--|
| | | | | <p>Poiché una crisi non dipende per forza da una malattia somatica, ma può essere scatenata anche da una patologia psichica, non è corretto restringere il campo alle crisi somatiche, ragion per cui l'aggettivo «somatico» andrebbe cancellato.</p> <p>Nell'ottica di ridurre le barriere di accesso, L'ATP accoglie con favore la proposta concernente la possibilità per qualsiasi medico di effettuare la prescrizione per gli interventi di crisi. La proposta costituisce un chiaro passo avanti verso il miglioramento dell'accesso alle cure psicoterapeutiche. Manca però una definizione delle situazioni di crisi, compresi i criteri che devono essere soddisfatti perché se ne possa parlare.</p> | <p>diagnosi o in una situazione di pericolo di morte: su prescrizione di un medico con un titolo di perfezionamento di cui alla lettera a o con un altro titolo di perfezionamento.</p> |
| ATP | 11b | 2 | | <p>Limite a 15 sedute</p> <p>Il limite di 15 sedute è inaccettabile in quanto costoso e inutile. Non c'è ragione oggettiva che giustifichi la disparità di trattamento rispetto alla psicoterapia effettuata da un medico. Produce un sovraccarico amministrativo che va a scapito del tempo dedicabile ai pazienti e alla terapia e impedisce di fatto il trattamento di pazienti con gravi malattie croniche. Anziché migliorare l'accesso alla psicoterapia, questo limite lo peggiora.</p> | <p>Proposta di stralcio:</p> <p>Per le prestazioni di cui al capoverso 1 lettera a l'assicurazione assume al massimo il costo di 15 sedute di durata fino a 60 minuti per le terapie individuali e fino a 90 minuti per le terapie di gruppo.</p> |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | | | | | |
|-----|--------------------------|---|--|--|---|
| | | | | Cfr. articolo 3 per le ragioni alla base della proposta di modifica concernente il tempo massimo di una seduta. | |
| ATP | 11b | 3 | | Non ci sono obiezioni contro il limite a 10 sedute per gli interventi in caso di crisi. Cfr. articolo 3 per le ragioni alla base della proposta di modifica concernente il tempo massimo di una seduta. | Per le prestazioni di cui al capoverso 1 lettera b l'assicurazione assume al massimo il costo di 10 sedute di durata fino a 60 minuti per le terapie individuali e fino a 90 minuti per le terapie di gruppo. |
| ATP | 11b | 4 | | V. art. 11b cpv. 2 Per la stesura dei rapporti, valgono le disposizioni di cui all'art. 11 cpv. 5. | Proposta di stralcio: Prima del termine delle sedute prescritte, lo psicoterapeuta psicologo fa rapporto al medico prescrivente. |
| ATP | 11b | 5 | | Al termine delle 40 sedute è lo psicoterapeuta responsabile del caso a dover stilare il rapporto e non il medico prescrivente. Qualsiasi altra disposizione è scientificamente inappropriata. | Se dopo 40 sedute la psicoterapia per le prestazioni di cui al capoverso 1 lettera a deve proseguire, si applica per analogia la procedura di cui all'articolo 3b; la domanda è presentata dal medico prescrivente, il rapporto è redatto dallo psicoterapeuta. |
| ATP | Disposizione transitoria | | | L'arco di tempo proposto di 12 mesi in cui l'assicurazione continuerà ad assumere i costi delle prestazioni di psicoterapia delegata è calcolato con troppa ristrettezza. Cio tenuto conto anzitutto del fatto che gli psicoterapeuti in formazione e alle dipendenze di un medico non potendo più fatturare le loro prestazioni | L'assicurazione assume i costi delle prestazioni di psicoterapia delegata al massimo per 24 mesi dall'entrata in vigore della modifica del (data) |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | debbono potere organizzare (e/o terminare) la loro formazione di conseguenza. | |
|--|--|--|--|---|--|

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

Abkürzung der Firma / Organisation : AVM-CH

Adresse : c/o Stiftung Battenberg, Bürozentrum, Collègegasse 8, 2502 Biel/Bienne

Kontaktperson : Manuel Niethammer

Telefon : 031 301 88 35

E-Mail : manuel.niethammer@avm-ch.ch

Datum : 20.09.2019

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 |
|------------|--|
| AVM-CH | <p>Die Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation 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 AVM-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.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme das Resultat der Zusammenarbeit der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände FSP, ASP und SBAP ist und gemeinsam erarbeitet wurde. Alle genannten Organisationen reichen bei dieser Vernehmlassung eine gemeinsame Position ein, die sich nur in wenigen Details unterscheidet. Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeuten unserer Arbeitsgemeinschaft haben bei der Arbeit der gemeinsamen Position mitgewirkt.</p> |
| AVM-CH | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die AVM-CH klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die AVM-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 die AVM-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. |
| AVM-CH | <p>Inhalte der Vorlage, welche die AVM-CH ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die AVM-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. |

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

| | |
|--------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Die AVM-CH lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Die AVM-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. • Die AVM-CH lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die AVM-CH verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Die AVM-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. • Die AVM-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. |
| AVM-CH | <p>Ergänzungen, welche die AVM-CH vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die AVM-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 Praxisassistenten analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der AVM-CH braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Die AVM-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 die AVM-CH eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. |

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

| | |
|--------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapie basiert auf Sprache. Die AVM-CH fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
| AVM-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) |
| AVM-CH | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| AVM-CH | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen anpasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| AVM-CH | 50c | 1 | a & b | Eidg. Titel und kantonale Bewilligung | |

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

| | | | | | |
|--------|-----|---|---|---|---|
| | | | | Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige. | |
| AVM-CH | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der AVM-CH unbestritten. Die AVM-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. Die AVM-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. Die AVM-CH begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die AVM-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.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|--------|-----|---|---------|--|--|
| | | | | <p>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).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die AVM-CH fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die AVM-CH ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| AVM-CH | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache 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**

| | | | | | |
|--------|-----|---|--|---|---|
| | | | | basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die AVM-CH fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| AVM-CH | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die AVM-CH ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die AVM-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 die AVM-CH folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

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

| | | | | | |
|--------|----------------|-------|--|--|---|
| | | | | | |
| AVM-CH | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| AVM-CH | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| AVM-CH | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die AVM-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 | |

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

| | | | | | |
|--------|----------------|---|--|--|---|
| | | | | zunehmen wird. | |
| AVM-CH | Übergangsbest. | 3 | | Die AVM-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) |
| AVM-CH | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| AVM-CH | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die AVM-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: <ul style="list-style-type: none"> Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige | 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Die AVM-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</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|--------|---|--|--|---|---|
| | | | | erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden. | |
| AVM-CH | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die AVM-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 Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p> <p>Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|--------|-----|--|---|---|---|
| | | | | damit deutlich erschwert. Die AVM-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. | |
| AVM-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 [...] |
| AVM-CH | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| AVM-CH | 11b | 1 | a | Anordnungsbefugte Ärzte Die AVM-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**

| | | | | | |
|--------|-----|---|---|---|--|
| | | | | <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die AVM-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.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die AVM-CH ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | |
| AVM-CH | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die AVM-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.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| AVM-CH | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| AVM-CH | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| AVM-CH | 11b | 4 | | <p>Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.</p> | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.</p> |

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

| | | | | | |
|--------|---------------------|---|--|---|---|
| AVM-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. |
| AVM-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. | |

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 : Association Vaudoise des Psychologues

Abréviation de l'entreprise / organisation : AVP

Adresse : Chemin de Mornex 3, Case postale 62, 1001 Lausanne

Personne de référence : Isabelle Ernst-Pauchard, secrétaire générale

Téléphone : 021 / 323 11 22

Courriel : isabelle.ernst-pauchard@psy-vd.ch

Date : 15.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le **17 octobre** 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 |
| AVP | <p>L'Association Vaudoise des Psychologues (AVP) soutient pleinement la prise de position de la Fédération Suisse des Psychologues (FSP), à laquelle elle est affiliée. La prise de position de la FSP est ainsi reproduite quasiment à l'équivalent ci-dessous, avec trois spécificités pour le canton de Vaud (surlignées en gris en pages 3-6/8-10/17), qui constituent une mise en œuvre cantonale de jalons posés dans la prise de position de la FSP et se matérialisent par les adaptations demandées suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modification de l'art. 50c al. 1 let. b OAMal pour intégrer les psychologues en formation de psychothérapie (voir aussi chapitre consacré ci-dessous); • Proposition d'instaurer une prescription générale pour les psychothérapeutes salariés d'institutions hospitalières de catégorie I. A. reconnues d'utilité publique (voir chapitre consacré ci-dessous); • Ajout d'un nouvel alinéa à l'art. 11b OPAS pour garantir le libre choix de la patientèle conformément à l'article 20 de la Loi vaudoise sur la santé publique (LSP). |
| AVP | <p>L'AVP remercie le Conseil fédéral pour l'ouverture de la procédure de consultation sur la modification de l'OAMal (RS 832.102) et de l'OPAS (RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. La suppression du modèle de la psychothérapie déléguée au profit de la reconnaissance de la formation postgrade des psychologues-psychothérapeutes et de leur aptitude à exercer la psychothérapie sous leur propre responsabilité professionnelle (ancrée dans la loi dès l'entrée en vigueur de la LPsy en 2013) est une étape attendue de longue date. L'AVP remercie également l'OFSP et ses instances pour le travail préliminaire qui a mené au projet d'ordonnance présenté. Nous regrettons toutefois que les prestataires n'aient pas été impliqués dès la phase d'élaboration de ce projet. Cela aurait permis d'améliorer la qualité et la cohérence du projet.</p> <p>Nous souhaitons ici formuler explicitement que cette prise de position est le fruit de la collaboration entre les trois associations de psychologues / psychothérapeutes que sont la FSP, l'ASP et la SBAP, en concertation avec les associations cantonales affiliées comme l'AVP.</p> |
| AVP | <p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par l'AVP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'AVP approuve entièrement les objectifs de la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. Un accès amélioré à la psychothérapie est indispensable, notamment dans les situations de crise et d'urgence. La prescription par les |

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

| | |
|-----|--|
| | <p>médecins de premier recours permet de supprimer les obstacles actuels à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Nous sommes également clairement favorables à l'amélioration de la qualité des prestations que devrait entraîner un changement de modèle du fait du caractère contraignant de la LPsy.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En outre, l'AVP adhère totalement aux conditions relatives à la prescription, plus précisément à la proposition concernant les médecins habilités à prescrire une psychothérapie. Ces conditions garantissent l'accessibilité de la psychothérapie, ce qui permet de prendre en charge les patients à temps et, en réduisant la chronicisation et les séjours stationnaires, de faire des économies sur le long terme au sein du système de santé. |
| AVP | <p>Contenus du projet rejetés par l'AVP et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'AVP rejette la limitation à 30 séances. Elle demande le maintien du principe de la prescription de 40 séances, qui a fait ses preuves dans la pratique. De plus, la limitation à 30 séances alourdit la charge administrative et, à terme, entraîne une augmentation des coûts. • L'AVP rejette la fixation d'un nombre maximal de 15 séances par prescription. Là encore, cette mesure entraîne un surcoût sans présenter d'avantage supplémentaire. Qui plus est, elle désavantage les psychologues-psychothérapeutes par rapport aux prestataires médecins. • L'AVP approuve la pratique clinique supplémentaire d'un an. Il est cependant impératif qu'il soit possible de l'effectuer durant la formation postgrade de cinq ans et sous la direction d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral. • L'AVP rejette la réglementation de la durée des séances par le biais de la prescription. La durée des séances pour les thérapies individuelles et de groupes doit être fixée dans les conventions tarifaires. L'AVP demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • L'AVP adhère au principe de la demande de poursuite de la thérapie par le médecin prescripteur (néanmoins après 40 séances seulement). Le rapport correspondant doit toutefois être impérativement rédigé, signé et facturé par le psychothérapeute traitant. • L'AVP s'oppose à l'introduction d'un diagnostic préliminaire, d'un diagnostic intermédiaire et d'un diagnostic final telle qu'elle est décrite dans le projet. En lieu et place, elle demande l'examen de la pertinence et de la faisabilité d'un tel diagnostic dans le cadre d'un projet pilote. Un procédé d'échantillonnage peut être mis en œuvre à cette fin. |

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

| | |
|-----|---|
| AVP | <p>Adaptations complémentaires proposées par l'AVP, incluant des éléments manquants ou insuffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les psychothérapeutes en formation ne sont pas suffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance. Dans un souci d'assurance qualité, nous soutenons la disposition stipulant que les psychologues suivant une formation de psychothérapeute ne sont pas autorisés à facturer à titre indépendant leurs prestations via la caisse-maladie. L'AVP demande toutefois que la formation professionnelle des psychothérapeutes soit assurée et plaide en faveur d'une collaboration avec le canton afin de garantir l'existence des places de formation à long terme. Il convient d'examiner la pertinence d'un modèle d'assistantat au cabinet du praticien, comparable à celui qui existe pour les médecins, ce qui implique la possibilité de facturer les prestations via l'AOS. Ce point doit être clarifié par la réglementation de la formation postgrade. Les possibilités dont disposent les médecins (convention-cadre TarMed, article 8) doivent également être offertes aux psychologues-psychothérapeutes. Cf. développement ci-dessous dans le chapitre «Psychologues en formation de psychothérapie» et modification ad art. 50c al. 1 let. b OAMal. • Le projet actuel est vague quant aux règles qui s'appliqueront à l'avenir aux psychothérapeutes employés par des organisations de droit public et privé. Du point de vue de l'AVP, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. Cf. développement ci-dessous dans le chapitre «Prescription générale pour les psychothérapeutes en institution salariés». • L'AVP salue les mesures de base destinées à contrer une augmentation injustifiée du volume des prestations. Dans l'éventualité où l'augmentation du nombre de nouvelles admissions (autorisation cantonale d'exercer) dépasserait la moyenne suisse dans un canton, l'AVP envisage une solution comparable à celle prévue par le contre-projet indirect à l'initiative «Pour des soins infirmiers forts». • La psychothérapie repose sur le langage parlé. Par conséquent, l'AVP demande un justificatif des compétences linguistiques de niveau C1 dans l'une des langues nationales suisses comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger. |
| AVP | <p>Psychologues en formation de psychothérapie</p> <p>Le projet ne prévoit pas le remboursement par l'AOS des psychologues en formation de psychothérapie : une telle absence de financement implique de fait la suppression de toute relève, y compris de celle actuellement en formation de psychothérapie, dont la formation ne serait pas terminée au moment de l'entrée en vigueur.</p> <p>Il est impératif de déterminer dans le présent projet, qui entend supprimer complètement le modèle de délégation, si les lieux de formation actuels seront encore habilités à former, et préciser leurs modalités de facturation. Il faut relever à cet endroit qu'actuellement, les psychologues-psychothérapeutes formés sont déjà agréés pour former (dans les institutions) des psychologues assistants, lesquels facturent</p> |

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

| | |
|-----|--|
| | <p>aux mêmes tarifs. Une piste envisageable pour maintenir ce financement - indispensable à la relève - serait de prévoir un statut d'assistantat pour les psychologues en formation de psychothérapie, que superviseraient les psychologues-psychothérapeutes. Ceci vaudrait tant pour les établissements de psychiatrie et psychothérapie que pour les organisations de psychologues-psychothérapeutes.</p> <p>Le projet devrait aussi prévoir une extension des lieux de formation actuels à l'endroit des psychothérapeutes formés, qui auront dès lors la possibilité de former des psychologues en formation de psychothérapie (actuels « psychologues-assistants » de médecins délégués), tout comme les psychiatres ou médecins délégués actuellement. Les critères utilisés actuellement par TarMed (cf. annexe G) pourraient s'appliquer par analogie, à savoir l'assistant·e devrait avoir déjà réalisé 150 heures théoriques et 100 heures de thérapie personnelle.</p> <p>Sachant que le projet ne prévoit pas de futur à la formation et jette ainsi une insécurité quant aux rôles des instituts agréés de formation, nous demandons à ce que la surveillance de la mise en œuvre de la formation postgrade (p. ex. conditions d'engagement de psychologues en formation de psychothérapie, modalités d'intégration notamment de la supervision interne dans la formation) soit garantie par le canton, en collaboration avec les associations professionnelles cantonales, p. ex. au travers de commissions consultatives, ou au moyen de l'instauration d'un Service de Psychologue cantonal assurant le suivi des dossiers en lien avec la profession.</p> |
| AVP | <p>Prescription générale pour les psychothérapeutes en institution salariés</p> <p>Pour les institutions hospitalières de catégorie I. A. reconnues d'utilité publique, l'exigence de prescription est impraticable et dès lors inadéquate dans un contexte fortement hiérarchisé et sans autonomie, où tant médecin prescripteur que psychothérapeute sont salariés du même employeur ; la patientèle n'y a pas ou peu de libre choix du prestataire (cf. nouvel alinéa proposé à l'art. 11b OPAS du projet). Pour cette catégorie de fournisseur de prestation et pour autant que l'institution soit reconnue d'utilité publique, nous demandons de prévoir une exception à l'exigence de prescription, au profit p.ex. d'une prescription générale soumise à des contrôles ponctuels. Ceci vaudrait tant pour les psychologues-psychothérapeutes formés que pour les psychologues en formation de psychothérapie (au bénéfice d'un statut d'assistantat tel que proposé ci-dessus sous Remarques générales, chapitre « Psychologues en formation de psychothérapie »). Cette exception à la prescription serait fondée sur la reconnaissance d'utilité publique, dont les missions de formation, d'une part des psychologues en formation de psychothérapie, d'autre part des psychothérapeutes formés (formation continue, supervision) sont inscrites dans le fonctionnement de l'institution.</p> |
| AVP | <p>Pour faciliter la lecture de cette prise de position, les termes « génériques » au masculin utilisés dans les projets d'ordonnances ont été repris ; ils désignent systématiquement les deux sexes.</p> |

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) |
| AVP | 45-50a | | | Aucune remarque. | |
| AVP | 50b | | | <p>Autorisation de pratiquer pour les neuropsychologues</p> <p>Selon la nouvelle phrase introductive de la version allemande («<i>Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein</i>»), les neuropsychologues qui fournissent, sur prescription, des prestations à titre indépendant et à leur compte doivent obtenir une autorisation conforme au droit cantonal en vigueur.</p> <p>De notre point de vue, la formulation n'est pas claire. Elle présente un risque de confusion entre «Zulassung» (admission) et «Bewilligung» (autorisation). Si ces deux termes correspondent sans distinction à la volonté du Conseil fédéral, il est d'autant plus important d'adapter les dispositions transitoires concernant les neuropsychologues (voir remarques relatives aux dispositions transitoires).</p> | |
| AVP | 50c | 1 | a et b | <p>Titre fédéral et autorisation cantonale</p> <p>Il s'impose et semble pertinent de baser les conditions d'admission des psychologues-psychothérapeutes sur le</p> | |

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|--|---|
| | | | | titre de formation postgrade fédéral défini par la LPsy, ainsi que sur l'autorisation de pratiquer cantonale. | |
| AVP | 50c | 1 | b | <p>Psychologues en formation de psychothérapie</p> <p>Comparativement à d'autres corps de métier touchés par le projet, les psychologues, c'est-à-dire au bénéfice d'un Master en psychologie, doivent encore accomplir une formation postgrade de 5 années pour obtenir le titre de spécialisation en psychothérapie. Cette durée significative de formation postgrade implique un ou plusieurs emplois d'assistanat, qui devraient être financés par l'AOS afin d'assurer une relève en psychothérapie (cf. Remarques générales, chapitre «Psychologues en formation de psychothérapie»).</p> <p>La possibilité d'assistanat existe déjà dans le canton de Vaud, par un statut de psychologue diplômé assistant de psychothérapeute, mais pas dans l'AOS ; la facturation au nom des psychologues (diplômés) assistants de psychothérapeute pose problème et peu d'assurances complémentaires rembourse leurs prestations.</p> | Être titulaire d'un titre postgrade fédéral ou reconnu équivalent en psychothérapie selon l'art. 9 ou l'art. 49, al. 2, LPsy, ou être en formation au sein d'un établissement de psychiatrie et psychothérapie d'un hôpital ou d'une autre organisation privée ou publique, sous la direction d'un spécialiste en psychiatrie ou psychothérapie, et |
| AVP | 50c | 1 | c | <p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour l'AVP, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. L'AVP adhère également à l'argument du Conseil fédéral, selon lequel une expérience au sein d'équipes interprofessionnelles et la confrontation à un large éventail de troubles sont un préalable essentiel au traitement des maladies dans le cadre de la LAMal. L'AVP pose</p> | <p>Modification proposée:</p> <p>c. avoir acquis, pendant ou après l'obtention de leur titre postgrade, une expérience clinique de douze mois au sein d'un établissement [...] sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou d'un</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>cependant un regard critique sur la pratique clinique supplémentaire de 12 mois exigée, dans la mesure où elle ne peut être effectuée qu'une fois la formation postgrade de psychothérapeute reconnue au niveau fédéral achevée.</p> <p>L'AVP est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade de cinq ans.</p> <p>L'AVP ne voit pas ce qui justifie que l'expérience clinique supplémentaire d'un an doive être effectuée uniquement APRÈS la formation postgrade. Il n'existe aucun argument, qu'il soit technique ou lié à la qualité, qui justifie une telle limite dans le temps.</p> <p>Le nombre de postes dans les institutions ISFM des catégories A et B proposées ne correspond pas aux besoins à remplir. Il existe actuellement déjà une pénurie de places de formation, qui sera accentuée par l'introduction d'une année de pratique clinique supplémentaire. De plus, la suppression des positions TarMed relatives à la psychothérapie déléguée crée une incertitude quant au financement de ces places de formation - cela pose problème, notamment dans le domaine hospitalier ambulatoire. Cette problématique peut être contrée en imposant aux cantons la mise à disposition et le co-financement d'un nombre suffisant de places de formation postgrade (comme pour les médecins).</p> <p>Par ailleurs, le fait que cette pratique clinique de 12 mois doive être effectuée sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie est trop restrictif eu égard aux places disponibles, mais aussi du point de vue professionnel.</p> | <p>psychothérapeute reconnu au niveau fédéral.</p> |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|----------------|---|---|
| | | | | <p>Par conséquent, l'AVP demande les adaptations suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pratique clinique supplémentaire de 12 mois peut être effectuée aussi bien pendant qu'après la formation postgrade de cinq ans. Cela permet de garantir que les personnes qui ont déjà effectué une pratique clinique supplémentaire d'un an pendant leur formation de cinq ans n'aient pas à en refaire une. Cela permet en outre de faire en sorte que les personnes qui ont suivi leur formation à l'étranger se familiarisent avec le système de santé local et ses usages (voir aussi art. 5, al. 2, let. c et f). • L'AVP rejette le fait que cette pratique clinique supplémentaire ne puisse intervenir qu'une fois la formation postgrade achevée. • La pratique clinique supplémentaire doit en outre pouvoir être effectuée sous la direction, soit d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, soit d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral. | |
| AVP | 50c | 1 | d (nouveau) | <p>Compétences linguistiques</p> <p>La psychothérapie est une forme de thérapie qui repose sur l'expression orale. Par conséquent, des compétences linguistiques insuffisantes constituent une menace pour le succès de la thérapie. L'AVP demande que les compétences linguistiques soient intégrées à l'ordonnance comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger.</p> | d. pouvoir justifier des connaissances nécessaires dans la langue officielle de la région dans laquelle la demande d'admission est déposée (niveau C1 du cadre de référence européen) |

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

| | | | | |
|-----|-----|---|---|--|
| AVP | 50c | 2 | <p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>L'AVP approuve l'exigence relative à la reconnaissance par l'ISFM et aux critères à remplir par les établissements accueillant la pratique clinique supplémentaire d'un an. Elle estime toutefois que l'importante raréfaction des places de formation disponibles est critique. Afin de garantir la prise en charge à long terme et d'éviter la pénurie de places de formation, l'AVP formule la proposition suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cantons doivent être tenus de mettre à disposition, en collaboration avec les associations professionnelles, des places de formation dans les établissements et les organisations proposés, en les assortissant de conditions de rémunération équitables. • Au besoin, des institutions et des organisations supplémentaires, non reconnues par l'ISFM, peuvent être admises comme établissements de formation postgrade pour les psychologues-psychothérapeutes. <p>Rectification de l'absence de mention aux établissements de formation postgrade ambulatoires</p> <p>Le projet de réglementation propose de retenir les établissements des catégories A et B. Or, l'art. 50, al. 2 ne mentionne que les chiffres renvoyant à des établissements stationnaires (5.2.1 et 5.2.2). Il manque ceux correspondant aux services ambulatoires (5.2.3.1 et 5.2.3.2).</p> | <p>Ajout</p> <p>[...] dans la version du 15 décembre 2016. Au besoin, des organisations supplémentaires, ne disposant pas d'une reconnaissance de l'ISFM, peuvent être admises comme établissements de formation postgrade.</p> <p>Ajout des chiffres manquants :</p> <p>L'établissement de psychiatrie et psychothérapie [...] doit disposer d'une reconnaissance [...] de catégorie A, conformément aux ch. 5.2.1 et 5.2.3.1, ou B, conformément aux ch. 5.2.2 et 5.2.3.2 du Programme de formation postgraduée [...].</p> |
|-----|-----|---|---|--|

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

| | | | | | |
|-----|---------------|--|---|---|--|
| AVP | 52d | | c | Aucune remarque. | |
| AVP | (nouveau) 52e | | | <p>La justification de l'ajout de l'organisation de neuropsychologie est la même que pour la psychothérapie: le besoin d'une offre de soins moderne telle que celle définie dans la Stratégie Santé 2020.</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation des neuropsychologues</p> <p>Les organisations de neuropsychologues sont admises lorsqu'elles:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sont admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité; b) ont délimité leur champ d'activité quant au lieu, à l'horaire de leurs interventions, aux aspects techniques et aux personnes auxquelles elles fournissent leurs prestations; c) fournissent leurs prestations au travers de personnes remplissant les conditions énoncées à l'art. 50b; d) disposent des équipements correspondant à leur champ d'activité; <p>participent aux mesures de contrôle de la qualité (art. 77) qui garantissent qu'elles fournissent, dans leur champ d'activité, des</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-------------------------|------------|--|--|--|
| | | | | | prestations neuropsychologiques adéquates et de bonne qualité. |
| AVP | Disposition transitoire | al. 1 et 2 | | L'AVP salue les deux dispositions transitoires, qui vont dans le sens du maintien des acquis des psychothérapeutes déjà admis. Elles permettront d'atténuer de manière pertinente la demande de places de formation, qui ne manquera pas d'augmenter avec l'introduction de l'exigence d'une pratique clinique supplémentaire de douze mois. | |
| AVP | Disposition transitoire | al. 3 | | L'AVP constate que les neuropsychologues sont absents de cette disposition transitoire. Certains cantons, à l'instar du canton de Vaud, ne soumettent pas l'exercice de l'activité de neuropsychologue à l'obtention d'une autorisation. Par conséquent, une disposition transitoire qui tiendrait compte des neuropsychologues de façon adéquate ne saurait subordonner leur admission à l'obtention d'une autorisation, mais à leur admissibilité à une activité pouvant être facturée à l'assurance obligatoire de soins. | Les fournisseurs de prestations visés aux art. 45 et 46, al. 1, let. a à c, e et f [...] |

Si vous souhaitez supprimer des tableaux du formulaire ou ajouter des lignes, désactivez la protection en écriture sous «Révision/Protéger/Désactiver la protection». Voir 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. | Al. | Let. | Commentaires/remarques | Modification proposée (texte proposé) |
|----------------|------|-----|------|---|---|
| AVP | 2 | 1 | a | Aucune remarque. | |
| AVP | 2 | 1 | b | <p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>L'AVP partage la volonté du Conseil fédéral de favoriser la garantie de la qualité et l'adéquation de la fourniture des prestations. La proposition d'introduire un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final ne va cependant pas dans ce sens, et ce pour les raisons suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'introduction d'un tel diagnostic pour chaque patient créerait un énorme volume de données, dont le traitement, que ce soit sur le plan technique ou du contenu, et les coûts associés seraient disproportionnés par rapport au bénéfice retiré. • Pour des raisons liées à la protection des données, une collecte de données par patient individuel n'est pas admissible. • La collecte de données en continu est certes un aspect scientifique majeur de la recherche en psychothérapie. Elle n'est cependant pas réalisable dans le cadre | <p>Biffer l'art. 2, al. 1, let. b.</p> <p>B. elle comprend un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final.</p> |

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

| | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|
| | | | | <p>d'une surveillance de routine, dans la mesure où le nombre de séances prescrit (30) est insuffisant pour une thérapie comme pour une surveillance de routine. De plus, selon la nature du trouble concerné, elle risque de mettre à mal le succès de la thérapie. La réalisation d'un diagnostic préliminaire nécessite 4 à 5 séances à elle seule, voire 7 pour les enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le contrôle de la fourniture de prestations via des moyens psychométriques constitue une discrimination des maladies psychiques vis-à-vis des maladies somatiques lorsqu'un tel contrôle n'est pas impératif. <p>L'AVP propose d'examiner l'adéquation et la faisabilité de l'introduction d'un tel diagnostic et des instruments à utiliser dans le cadre d'un projet pilote. Cela pourrait, par exemple, s'inscrire dans le cadre de l'«article relatif aux projets pilotes» qu'il est prévu d'intégrer à la LAMal. Un modèle d'échantillonnage sophistiqué pourrait ensuite être dérivé des résultats obtenus en vue d'une utilisation systématique.</p> | |
| AVP | 3 | | | <p>Prise en charge de 30 séances et limitation de la durée des séances</p> | <p>L'assurance prend en charge les coûts pour un maximum de 40 séances diagnostiques et thérapeutiques d'une</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>L'AVP n'adhère pas à la proposition de prise en charge de 30 séances. Le nombre de 40 séances a fait ses preuves. Pour mémoire: dès les années 90, le nombre de séances, alors plus bas, a dû être augmenté à 40 pour des raisons de praticabilité.</p> <p>La rédaction du rapport prévu après 30 séances générerait une charge de travail disproportionnée pour l'ensemble des acteurs (fournisseurs de prestations, caisse, patient). La pratique (avec les assurances privées) a démontré que les patients ne font pas usage d'une prescription quand ils n'en ont pas besoin.</p> <p>Une limitation de la durée des séances à 60 minutes pour les thérapies individuelles et à 90 minutes pour les thérapies de groupe n'est pas indiquée, car elle rendrait impossible des formes de traitement importantes, notamment les interventions en cas de crise, les investigations concernant les enfants et les adolescents, l'exposition en cas de phobies, les psychothérapies avec l'assistance d'un interprète, etc. La prise en charge des catégories de personnes particulièrement vulnérables s'en trouverait compliquée.</p> <p>Par conséquent, l'AVP estime que les exigences relatives à la durée des séances ne doivent pas être réglées par voie d'ordonnance et demande la suppression de la durée</p> | <p>durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe. L'article 3b est réservé.</p> |
|--|--|--|--|--|---|

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

| | | | | | |
|-----|-----|--|--|--|--|
| | | | | proposée des séances pour les thérapies individuelles et de groupe. Celle-ci doit être fixée dans les conventions tarifaires, autrement dit par le biais de la tarification. Cf. suppression du passage concernant la durée des séances à l'art. 11b, al. 2 et 3. | |
| AVP | 3b | Titre al. 1, phrase introductive | | Cf. justification concernant l'art. 3 | Procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 40 séances Pour que, après 40 séances, l'assurance continue de prendre en charge les coûts [...] |
| AVP | 11b | (nouveau) | | Modalités de la prescription Conformément à l'article 20 de la Loi vaudoise sur la santé publique (LSP), le libre choix de la patientèle doit être garanti, et le bon de prescription ne pourra pas « prescrire » obligatoirement des noms de psychologues-psychothérapeutes. Dans le même sens, la poursuite du suivi doit être subordonnée prioritairement au choix de la patientèle, après échanges de celle-ci avec le médecin prescripteur et le psychologue-psychothérapeute, et non uniquement sur des critères médicaux et/ou d'orientation psychothérapeutique. | Ajout d'un nouvel alinéa: La prescription est subordonnée en tout temps au libre choix de la patientèle, en particulier sur la personne fournissant la psychothérapie et sur la poursuite des séances. |
| AVP | 11b | 1 | | Aucune remarque. | |

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|--|--|
| AVP | 11b | 1 | a | <p>Médecins habilités à prescrire</p> <p>L'AVP approuve entièrement la proposition relative aux médecins habilités à prescrire une psychothérapie pratiquée par un psychologue. Accorder à différentes catégories de médecins la possibilité d'adresser des patients va clairement dans le sens de la suppression des obstacles à la prise en charge - notamment dans les situations de crise. Pour les personnes qui ont opté pour un modèle d'assurance tel que le modèle de médecin de famille, par exemple, un autre médecin peut ainsi prescrire la psychothérapie.</p> <p>Une erreur de traduction s'est glissée dans la version française du projet d'ordonnance. L'AVP part du principe que la version allemande fait foi et propose par conséquent de corriger la version française en remplaçant «psychologie des enfants et des adolescents» par «en pédiatrie» (erreur de traduction du terme «<i>Kinder und Jugendmedizin</i>»).</p> <p>D'après les informations transmises par l'OFSP à la FSP, il n'est pas possible de corriger cette erreur de traduction dans le cadre de l'actuelle procédure de consultation (e-mail du 2 septembre 2019, 12h53).</p> | <p>Modification proposée pour la version française:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| AVP | 11b | 1 | b | Interventions en cas de crise | Modification proposée : |

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|--|---|---|
| | | | | <p>Les interventions en cas de crise sont sans rapport avec les thérapies de courte durée.</p> <p>Une crise peut être déclenchée, non seulement par une maladie somatique, mais aussi par un trouble psychique. Par conséquent, la restriction aux crises d'origine somatique est inappropriée. Il convient donc de biffer l'adjectif «somatique».</p> <p>L'AVP salue la proposition concernant la possibilité d'élargir la compétence de prescription aux médecins de toute spécialité pour les interventions en cas de crise, qui va dans le sens d'une suppression des obstacles à la prise en charge. Cela améliore clairement l'accès à la psychothérapie. Manquent néanmoins la définition de la situation de crise et les critères à remplir pour qu'elle puisse être retenue.</p> | <p>s'agissant des prestations fournies dans le cadre d'interventions en cas de crise ou de thérapies de courte durée pour des patients atteints de maladies somatiques graves, en cas de nouveau diagnostic ou d'une situation mettant la vie en danger, par un médecin titulaire d'un titre postgrade visé à la let. a ou d'un autre titre postgrade.</p> |
| AVP | 11b | 2 | | <p>Limitation à 15 séances</p> <p>La limitation à 15 séances est inacceptable, car coûteuse et inutile. L'inégalité de traitement par rapport aux psychothérapeutes-médecins n'est pas justifiée sur le plan professionnel. Elle entraîne une surcharge administrative, au détriment des patients et de la thérapie. Une telle restriction rend impossible la prise en charge de personnes atteintes de troubles chroniques graves. Elle détériore l'accès à la psychothérapie au lieu de l'améliorer.</p> | <p>Demande de suppression de l'alinéa:</p> <p>Pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, l'assurance prend en charge, par prescription médicale, les coûts de 15 séances au plus, d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe.</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-------------------------|---|--|--|--|
| | | | | Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances. | |
| AVP | 11b | 3 | | L'AVP n'a rien à objecter à la limitation à 10 séances concernant les interventions en cas de crise. Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances. | Pour les prestations visées à l'al. 1, let. b, l'assurance prend en charge les coûts de dix séances au plus d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapies de groupe. |
| AVP | 11b | 4 | | Cf. art. 11b, al. 2. Le rapport doit être rédigé et présenté conformément à l'art. 11, al. 5. | Demande de suppression de l'alinéa: Le psychologue-psychothérapeute rédige, avant l'échéance des séances prescrites, un rapport à l'intention du médecin qui prescrit la thérapie. |
| AVP | 11b | 5 | | Les rapports après 40 séances doivent être rédigés par le psychothérapeute en charge du cas et non par le médecin prescripteur. Toute autre exigence est inappropriée. | Si, pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, la psychothérapie doit être poursuivie après 40 séances, la procédure prévue à l'art. 3b est applicable par analogie; la demande est formulée par le médecin prescripteur, le rapport est rédigé par le psychothérapeute. |
| AVP | Disposition transitoire | | | La durée de prise en charge supplémentaire de 12 mois des prestations de psychothérapie déléguée est plutôt courte, mais acceptable. | |

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 : **Association Valaisanne des Psychologues de l'Urgence**

Abréviation de l'entreprise / organisation : **AVPU**

Adresse : **Case Postale 57, 1926 Fully**

Personne de référence : **Besson Marie-Noëlle, présidente**

Téléphone : **078 852 41 71**

Courriel : **info@avpu.ch**

Date : **26.09.2019**

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le **17 octobre** 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 |
| AVPU | <p>L'AVPU remercie le Conseil fédéral pour l'ouverture de la procédure de consultation sur la modification de l'OAMal (RS 832.102) et de l'OPAS (RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. La suppression du modèle de la psychothérapie déléguée au profit de la reconnaissance de la formation postgrade des psychologues-psychothérapeutes et de leur aptitude à exercer la psychothérapie sous leur propre responsabilité professionnelle (ancrée dans la loi dès l'entrée en vigueur de la LPSy en 2013) est une étape attendue de longue date. L'AVPU remercie également l'OFSP et ses instances pour le travail préliminaire qui a mené au projet d'ordonnance présenté.</p> |
| AVPU | <p>Le canton du Valais est particulièrement concerné par la pénurie de professionnels spécialistes en psychothérapie remboursés par l'assurance maladie de base. Ce projet permettra de compléter l'offre psychiatrique existante, actuellement très lacunaire selon l'étude ad hoc de l'OFSP en 2016, et améliorera l'accès de tout un chacun à des soins psychiques par l'intermédiaire de la psychothérapie, en particulier pour les enfants et les adolescents. Il permet également une augmentation de la qualité de la coordination des soins entre médecins de premier recours et psychothérapeutes.</p> <p>En outre, ce projet amène une mise à jour des conditions de prestations de soins de la psychothérapie effectuées par des psychologues psychothérapeutes. Cette adaptation est nécessaire puisque, depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur les professions de la Psychologie (LPSy) en 2013, les conditions de formation et d'exercice de la psychothérapie effectuée par des psychologues spécialistes sont clairement établies. Elles répondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité des soins exigés par la LAMal. Le modèle actuel, à savoir la psychothérapie déléguée, est donc devenu obsolète voire contreproductif en termes de contrôle des coûts de la santé.</p> <p>Ainsi, l'AVPU soutient l'introduction d'un nouveau modèle autorisant les médecins de premier recours et d'autres médecins spécialistes à prescrire des séances de psychothérapie auprès d'un-e psychologue psychothérapeute au bénéfice d'une formation reconnue au niveau fédéral.</p> <p>En effet, les médecins de premier recours sont parfaitement à même de comprendre les comptes-rendus (rapports écrits ou oraux) des psychothérapeutes et/ou clarifier ensemble d'éventuels éléments complémentaires. Tout médecin référent, principal - dont les oncologues,</p> |

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

| | |
|-------------|--|
| | <p>neurologues, p. ex. – pourrait aussi à notre sens être inclus dans les médecins habilités à prescrire des séances de psychothérapie. Le système proposé par le projet est dès lors raisonnable et pourrait être même étendu, dans la même logique, à tout médecin référent.</p> <p>Notre prise de position rejoint celle de la Fédération Suisse des Psychologues que nous soutenons pleinement. Ci-dessous, nous aimerions toutefois souligner quelques points particulièrement importants pour le canton du Valais, qui ne dispose ni d'université ni d'hôpital universitaire.</p> |
| AVPU | <p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par l'AVPU:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'AVPU approuve entièrement les objectifs de la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. Un accès amélioré à la psychothérapie est indispensable, notamment dans les situations de crise et d'urgence. La prescription par les médecins de premier recours permet de supprimer les obstacles actuels à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Nous sommes également clairement favorables à l'amélioration de la qualité des prestations que devrait entraîner un changement de modèle du fait du caractère contraignant de la LPsy. • En outre, l'AVPU adhère totalement aux conditions relatives à la prescription, plus précisément à la proposition concernant les médecins habilités à prescrire une psychothérapie. Ces conditions garantissent l'accessibilité de la psychothérapie, ce qui permet de prendre en charge les patients à temps et, en réduisant la chronicisation et les séjours stationnaires, de faire des économies sur le long terme au sein du système de santé. |
| AVPU | <p>Contenus du projet rejetés par l'AVPU et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'AVPU rejette la limitation à 30 séances. Elle demande le maintien du principe de la prescription de 40 séances, qui a fait ses preuves dans la pratique. De plus, la limitation à 30 séances alourdit la charge administrative et, à terme, entraîne une augmentation des coûts. • L'AVPU rejette la fixation d'un nombre maximal de 15 séances par prescription. Là encore, cette mesure entraîne un surcoût sans présenter d'avantage supplémentaire. En Valais, compte tenu de la pénurie médicale, la population ne peut choisir entre une psychothérapie réalisée auprès d'un psychiatre et une psychothérapie réalisée auprès d'un psychologue. Les patients consultent le professionnel qui a encore de la place pour les recevoir. Or, en introduisant une prescription limitée à 15 séances renouvelables moyennant un contact obligatoire avec le médecin prescripteur, nous craignons que les patients valaisans ne soient pénalisés. En effet, cette limitation à 15 séances risque d'augmenter la charge administrative du psychologue-psychothérapeute et du médecin prescripteur, charge qui serait reportée sur la facture adressée au patient qui serait alors « pénalisé » en consultant un psychologue psychothérapeute plutôt qu'un psychiatre. Il y aurait donc, selon nous, un risque de renforcer un système de psychothérapie à deux |

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

| | |
|-------------|---|
| | <p>vités. Nous trouverions plus juste que les médecins prescripteurs puissent d'emblée prescrire 40 séances de psychothérapie afin d'assurer l'égalité de traitement entre patients de psychiatres et patients de psychologues psychothérapeutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'AVPU approuve la pratique clinique supplémentaire d'un an. Il est cependant impératif qu'il soit possible de l'effectuer durant la formation postgrade et sous la direction d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral. Pour ce faire, la création d'un statut de psychologue assistant dans les institutions formatrices, analogue à celui des médecins assistants, nous semble essentiel. • L'AVPU rejette la réglementation de la durée des séances par le biais de la prescription. La durée des séances pour les thérapies individuelles et de groupes doit être fixée dans les conventions tarifaires. L'AVPU demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • L'AVPU adhère au principe de la demande de poursuite de la thérapie par le médecin prescripteur (néanmoins après 40 séances seulement). Le rapport correspondant doit toutefois être impérativement rédigé, signé et facturé par le psychothérapeute traitant. • L'AVPU s'oppose à l'introduction d'un diagnostic préliminaire, d'un diagnostic intermédiaire et d'un diagnostic final telle qu'elle est décrite dans le projet. En lieu et place, elle demande l'examen de la pertinence et de la faisabilité d'un tel diagnostic dans le cadre d'un projet pilote. Un procédé d'échantillonnage peut être mis en œuvre à cette fin. |
| AVPU | <p>Adaptations complémentaires proposées par l'AVPU, incluant des éléments manquants ou insuffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les psychothérapeutes en formation ne sont pas suffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance. Dans un souci d'assurance qualité, nous soutenons la disposition stipulant que les psychologues suivant une formation de psychothérapeute ne sont pas autorisés à facturer à titre indépendant leurs prestations via la caisse-maladie. L'AVPU demande toutefois que la formation professionnelle des psychothérapeutes soit assurée et plaide en faveur d'une collaboration avec les cantons afin de garantir l'existence des places de formation à long terme. Jusqu'à présent, une grande partie des psychologues psychothérapeutes pouvaient se former partiellement en cabinet privé, grâce au système de la psychothérapie déléguée, ce qui ne sera plus possible avec ce projet. Or, les institutions psychiatriques du canton du Valais n'ont pas les moyens d'offrir des postes de formation à de futurs psychologues psychothérapeutes en nombre suffisant pour assurer la relève. Le canton du Valais étant fortement touché par la pénurie de psychiatres et de pédopsychiatres, nous craignons que le projet actuel ne conduise à une nouvelle pénurie et ne puisse pas assurer l'accès aux soins psychiques à toute personne qui en aurait besoin, sans limitation financière. |

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

| | |
|-------------|--|
| | <p>Il convient d'examiner la pertinence d'un modèle d'assistanat au cabinet du praticien, comparable à celui qui existe pour les médecins, ce qui implique la possibilité de facturer les prestations via l'AOS. Ce point doit être clarifié par la réglementation de la formation postgrade. Les possibilités dont disposent les médecins (convention-cadre Tarmed, article 8) doivent également être offertes aux psychologues-psychothérapeutes.</p> <p>Nous proposons un système comme c'est le cas dans le canton de Genève avec l'existence de deux types d'autorisation de pratique de la psychothérapie psychologique. En effet le Règlement sur les professions de la santé (RPS) instaure deux types de droit de pratique, dépendant et indépendant. Le droit de pratique indépendant autorise un psychologue psychothérapeute à travailler sous sa seule responsabilité, tandis que le titre dépendant permet à un psychologue en formation de travailler sous la responsabilité d'un psychologue spécialiste ou d'un médecin disposant des autorisations nécessaires à ce type de pratique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous demandons à ce que la surveillance de la mise en œuvre de la formation post-grade (p. ex. conditions d'engagement de psychologues en formation de psychothérapie, modalités d'intégration notamment de la supervision interne dans la formation) soit garantie par le canton, en collaboration avec les associations professionnelles, peut-être au travers de commissions consultatives, qui pourraient suivre tous les dossiers en lien avec la psychologie. • Le projet actuel est vague quant aux règles qui s'appliqueront à l'avenir aux psychothérapeutes employés par des organisations de droit public et privé. Du point de vue de l'AVPU, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. • L'AVPU salue les mesures de base destinées à contrer une augmentation injustifiée du volume des prestations. Dans l'éventualité où l'augmentation du nombre de nouvelles admissions (autorisation cantonale d'exercer) dépasserait la moyenne suisse dans un canton, l'AVPU envisage une solution comparable à celle prévue par le contre-projet indirect à l'initiative «Pour des soins infirmiers forts». • La psychothérapie repose sur le langage parlé. Par conséquent, l'AVPU demande un justificatif des compétences linguistiques de niveau C1 dans l'une des langues nationales suisses comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger. |
| AVPU | <p>Pour faciliter la lecture de cette prise de position, il a été renoncé à utiliser les formes différenciées du masculin et du féminin. Sauf indication contraire, la forme générique désigne systématiquement les deux sexes.</p> |

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) |
| AVPU | 45-50a | | | Aucune remarque. | |
| AVPU | 50b | | | <p>Autorisation de pratiquer pour les neuropsychologues</p> <p>Selon la nouvelle phrase introductive de la version allemande («<i>Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein</i>»), les neuropsychologues qui fournissent, sur prescription, des prestations à titre indépendant et à leur compte doivent obtenir une autorisation conforme au droit cantonal en vigueur.</p> <p>De notre point de vue, la formulation n'est pas claire. Elle présente un risque de confusion entre «Zulassung» (admission) et «Bewilligung» (autorisation). Si ces deux termes correspondent sans distinction à la volonté du Conseil fédéral, il est d'autant plus important d'adapter les dispositions transitoires concernant les neuropsychologues (voir remarques relatives aux dispositions transitoires).</p> | |
| AVPU | 50c | 1 | a et b | <p>Titre fédéral et autorisation cantonale</p> <p>Il s'impose et semble pertinent de baser les conditions d'admission des psychologues-psychothérapeutes sur le titre de formation postgrade fédéral défini par la LPsy, ainsi que sur l'autorisation de pratiquer cantonale.</p> | |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|--|
| AVPU | 50c | 1 | c | <p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour l'AVPU, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. L'AVPU adhère également à l'argument du Conseil fédéral, selon lequel une expérience au sein d'équipes interprofessionnelles et la confrontation à un large éventail de troubles sont un préalable essentiel au traitement des maladies dans le cadre de la LAMal. L'AVPU pose cependant un regard critique sur la pratique clinique supplémentaire de 12 mois exigée, dans la mesure où elle ne peut être effectuée qu'une fois la formation postgrade de psychologue reconnue au niveau fédéral achevée. L'AVPU est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade. L'AVPU ne voit pas ce qui justifie que l'expérience clinique supplémentaire d'un an doive être effectuée uniquement APRÈS la formation postgrade. Il n'existe aucun argument, qu'il soit technique ou lié à la qualité, qui justifie une telle limite dans le temps.</p> <p>Le nombre de postes dans les institutions ISFM des catégories A et B proposées ne correspond pas aux besoins à remplir. Il existe actuellement déjà une pénurie de places de formation, qui sera accentuée par l'introduction d'une année de pratique clinique supplémentaire. De plus, la suppression des positions Tarmed relatives à la psychothérapie déléguée crée une incertitude quant au financement de ces places de formation - cela pose problème, notamment dans le domaine hospitalier ambulatoire. Cette problématique peut être contrée en imposant aux cantons la mise à disposition et le co-</p> | <p>Modification proposée:</p> <p>c. avoir acquis, pendant ou après l'obtention de leur titre postgrade, une expérience clinique de douze mois au sein d'un établissement [...] sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou d'un psychologue reconnu au niveau fédéral.</p> |
|------|-----|---|---|---|--|

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

| | | | | | |
|------|-----|---|----------------|--|--|
| | | | | <p>financement d'un nombre suffisant de places de formation postgrade (comme pour les médecins).</p> <p>Par ailleurs, le fait que cette pratique clinique de 12 mois doive être effectuée sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie est trop restrictif eu égard aux places disponibles, mais aussi du point de vue professionnel.</p> <p>Par conséquent, l'AVPU demande les adaptations suivantes:</p> <p>La pratique clinique supplémentaire de 12 mois peut être effectuée aussi bien pendant qu'après la formation postgrade. Cela permet de garantir que les personnes qui ont déjà effectué une pratique clinique supplémentaire d'un an pendant leur formation n'aient pas à en refaire une. Cela permet en outre de faire en sorte que les personnes qui ont suivi leur formation à l'étranger se familiarisent avec le système de santé local et ses usages (voir aussi art. 5, al. 2, let. c et f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'AVPU rejette le fait que cette pratique clinique supplémentaire ne puisse intervenir qu'une fois la formation postgrade achevée. • La pratique clinique supplémentaire doit en outre pouvoir être effectuée sous la direction, soit d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, soit d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral. | |
| AVPU | 50c | 1 | d (nouveau) | <p>Compétences linguistiques</p> <p>La psychothérapie est une forme de thérapie qui repose sur l'expression orale. Par conséquent, des compétences linguistiques insuffisantes constituent une menace pour le succès de la thérapie. L'AVPU demande que les compétences</p> | d. pouvoir justifier des connaissances nécessaires dans la langue officielle de la région dans laquelle la demande d'admission est |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|--|---|--|
| | | | | linguistiques soient intégrées à l'ordonnance comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger. | déposée (niveau C1 du cadre de référence européen) |
| AVPU | 50c | 2 | | <p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>L'AVPU approuve l'exigence relative à la reconnaissance par l'ISFM et aux critères à remplir par les établissements accueillant la pratique clinique supplémentaire d'un an. Elle estime toutefois que l'importante raréfaction des places de formation disponibles est critique. Afin de garantir la prise en charge à long terme et d'éviter la pénurie de places de formation, l'AVPU formule la proposition suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cantons doivent être tenus de mettre à disposition, en collaboration avec les associations professionnelles, des places de formation dans les établissements et les organisations proposés, en les assortissant de conditions de rémunération équitables. • Au besoin, des institutions et des organisations supplémentaires, non reconnues par l'ISFM, peuvent être admises comme établissements de formation postgrade pour les psychologues-psychothérapeutes. <p>Rectification de l'absence de mention aux établissements de formation postgrade ambulatoires</p> <p>Le projet de réglementation propose de retenir les établissements des catégories A et B. Or, l'art. 50, al. 2 ne mentionne que les chiffres renvoyant à des établissements stationnaires (5.2.1 et 5.2.2). Il manque ceux correspondant aux services ambulatoires (5.2.3.1 et 5.2.3.2).</p> | <p>Ajout</p> <p>[...] dans la version du 15 décembre 2016. Au besoin, des organisations supplémentaires, ne disposant pas d'une reconnaissance de l'ISFM, peuvent être admises comme établissements de formation postgrade.</p> <p>Ajout des chiffres manquants :</p> <p>L'établissement de psychiatrie et psychothérapie [...] doit disposer d'une reconnaissance [...] de catégorie A, conformément aux ch. 5.2.1 et 5.2.3.1, ou B, conformément aux ch. 5.2.2 et 5.2.3.1 du Programme de formation postgraduée [...].</p> |

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

| | | | | | |
|------|---------------|--|--|---|---|
| | | | | | |
| AVPU | 52d | | | Aucune remarque. | |
| AVPU | (nouveau) 52e | | | <p>La justification de l'ajout de l'organisation de neuropsychologie est la même que pour la psychothérapie: le besoin d'une offre de soins moderne telle que celle définie dans la Stratégie Santé 2020.</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation des neuropsychologues</p> <p>Les organisations de neuropsychologues sont admises lorsqu'elles:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sont admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité; b) ont délimité leur champ d'activité quant au lieu, à l'horaire de leurs interventions, aux aspects techniques et aux personnes auxquelles elles fournissent leurs prestations; c) fournissent leurs prestations au travers de personnes remplissant les conditions énoncées à l'art. 50b; d) disposent des équipements correspondant à leur champ d'activité; <p>participent aux mesures de contrôle de la qualité (art. 77) qui garantissent qu'elles fournissent, dans leur champ d'activité, des prestations neuropsychologiques adéquates et de bonne qualité.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-------------------------|------------|--|--|--|
| AVPU | Disposition transitoire | Al. 1 et 2 | | L'AVPU salue les deux dispositions transitoires, qui vont dans le sens du maintien des acquis des psychothérapeutes déjà admis. Elles permettront d'atténuer de manière pertinente la demande de places de formation, qui ne manquera pas d'augmenter avec l'introduction de l'exigence d'une pratique clinique supplémentaire de douze mois. | |
| AVPU | Disposition transitoire | Al. 3 | | L'AVPU constate que les neuropsychologues sont absents de cette disposition transitoire. Certains cantons ne soumettent pas l'exercice de l'activité de neuropsychologue à l'obtention d'une autorisation. Par conséquent, une disposition transitoire qui tiendrait compte des neuropsychologues de façon adéquate ne saurait subordonner leur admission à l'obtention d'une autorisation, mais à leur admissibilité à une activité pouvant être facturée à l'assurance obligatoire de soins. | Les fournisseurs de prestations visés aux art. 45 et 46, al. 1, let. a à c, e et f [...] |

Si vous souhaitez supprimer des tableaux du formulaire ou ajouter des lignes, désactivez la protection en écriture sous «Révision/Protéger/Désactiver la protection». Voir 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. | Al. | Let. | Commentaires/remarques | Modification proposée (texte proposé) |
| AVPU | 2 | 1 | a | Aucune remarque. | |
| AVPU | 2 | 1 | b | <p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>L'AVPU partage la volonté du Conseil fédéral de favoriser la garantie de la qualité et l'adéquation de la fourniture des prestations. La proposition d'introduire un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final ne va cependant pas dans ce sens, et ce pour les raisons suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'introduction d'un tel diagnostic pour chaque patient créerait un énorme volume de données, dont le traitement, que ce soit sur le plan technique ou du contenu, et les coûts associés seraient disproportionnés par rapport au bénéfice retiré. • Pour des raisons liées à la protection des données, une collecte de données par patient individuel n'est pas admissible. • La collecte de données en continu est certes un aspect scientifique majeur de la recherche en psychothérapie. Elle n'est | <p>Biffer l'art. 2, al. 1, let. B.</p> <p>B. elle comprend un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final.</p> |

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

| | | | | | |
|------|---|--|--|--|---|
| | | | | <p>cependant pas réalisable dans le cadre d'une surveillance de routine, dans la mesure où le nombre de séances prescrit (30) est insuffisant pour une thérapie comme pour une surveillance de routine. De plus, selon la nature du trouble concerné, elle risque de mettre à mal le succès de la thérapie. La réalisation d'un diagnostic préliminaire nécessite 4 à 5 séances à elle seule, voire 7 pour les enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le contrôle de la fourniture de prestations via des moyens psychométriques constitue une discrimination des maladies psychiques vis-à-vis des maladies somatiques lorsqu'un tel contrôle n'est pas impératif. <p>L'AVPU propose d'examiner l'adéquation et la faisabilité de l'introduction d'un tel diagnostic et des instruments à utiliser dans le cadre d'un projet pilote. Cela pourrait, par exemple, s'inscrire dans le cadre de l'«article relatif aux projets pilotes» qu'il est prévu d'intégrer à la LAMal. Un modèle d'échantillonnage sophistiqué pourrait ensuite être dérivé des résultats obtenus en vue d'une utilisation systématique.</p> | |
| AVPU | 3 | | | Prise en charge de 30 séances et limitation de la durée des séances | L'assurance prend en charge les coûts pour un maximum de 40 séances |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>L'AVPU n'adhère pas à la proposition de prise en charge de 30 séances. Le nombre de 40 séances a fait ses preuves. Pour mémoire: dès les années 90, le nombre de séances, alors plus bas, a dû être augmenté à 40 pour des raisons de praticabilité.</p> <p>La rédaction du rapport prévu après 30 séances générerait une charge de travail disproportionnée pour l'ensemble des acteurs (fournisseurs de prestations, caisse, patient). La pratique (avec les assurances privées) a démontré que les patients ne font pas usage d'une prescription quand ils n'en ont pas besoin.</p> <p>Une limitation de la durée des séances à 60 minutes pour les thérapies individuelles et à 90 minutes pour les thérapies de groupe n'est pas indiquée, car elle rendrait impossible des formes de traitement importantes, notamment les interventions en cas de crise, les investigations concernant les enfants et les adolescents, l'exposition en cas de phobies, les psychothérapies avec l'assistance d'un interprète, etc. La prise en charge des catégories de personnes particulièrement vulnérables s'en trouverait compliquée.</p> <p>Par conséquent, l'AVPU estime que les exigences relatives à la durée des séances ne doivent pas être réglées par voie d'ordonnance et demande la suppression de la durée</p> | <p>diagnostiques et thérapeutiques d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe. L'article 3b est réservé.</p> |
|--|--|--|--|--|---|

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

| | | | | | |
|------|-----|-------------------------------------|---|---|--|
| | | | | proposée des séances pour les thérapies individuelles et de groupe. Celle-ci doit être fixée dans les conventions tarifaires, autrement dit par le biais de la tarification. Cf. suppression du passage concernant la durée des séances à l'art. 11B, al. 2 et 3. | |
| AVPU | 3b | Titre Al. 1, phrase introductive | | Cf. justification concernant l'art. 3 | Procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 40 séances Pour que, après 40 séances, l'assurance continue de prendre en charge les coûts [...] |
| AVPU | 11b | 1 | | Aucune remarque. | |
| AVPU | 11b | 1 | a | Médecins habilités à prescrire L'AVPU approuve entièrement la proposition relative aux médecins habilités à prescrire une psychothérapie pratiquée par un psychologue. Accorder à différentes catégories de médecins la possibilité d'adresser des patients va clairement dans le sens de la suppression des obstacles à la prise en charge - notamment dans les situations de crise. Pour les personnes qui ont opté pour un modèle d'assurance tel que le modèle de médecin de famille, par exemple, un autre médecin peut ainsi prescrire la psychothérapie. | Modification proposée pour la version française: [...] 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 [...] |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|---|
| | | | | <p>Une erreur de traduction s'est glissée dans la version française du projet d'ordonnance. L'AVPU part du principe que la version allemande fait foi et propose par conséquent de corriger la version française en remplaçant «psychologie des enfants et des adolescents» par «en pédiatrie» (erreur de traduction du terme «<i>Kinder und Jugendmedizin</i>»).</p> <p>D'après les informations transmises par l'OFSP à la FSP, il n'est pas possible de corriger cette erreur de traduction dans le cadre de l'actuelle procédure de consultation (e-mail du 2 septembre 2019, 12h53).</p> | |
| AVPU | 11b | 1 | b | <p>Interventions en cas de crise</p> <p>Les interventions en cas de crise sont sans rapport avec les thérapies de courte durée.</p> <p>Une crise peut être déclenchée, non seulement par une maladie somatique, mais aussi par un trouble psychique. Par conséquent, la restriction aux crises d'origine somatique est inappropriée. Il convient donc de biffer l'adjectif «somatique».</p> <p>L'AVPU salue la proposition concernant la possibilité d'élargir la compétence de prescription aux médecins de toute spécialité pour les interventions en cas de crise, qui va dans le sens d'une suppression des obstacles à la prise en charge. Cela améliore clairement l'accès à la psychothérapie. Manquent</p> | <p>Modification proposée :</p> <p>s'agissant des prestations fournies dans le cadre d'interventions en cas de crise ou de thérapies de courte durée pour des patients atteints de maladies somatiques graves, en cas de nouveau diagnostic ou d'une situation mettant la vie en danger, par un médecin titulaire d'un titre postgrade visé à la let. a ou d'un autre titre postgrade.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|--|---|--|
| | | | | néanmoins la définition de la situation de crise et les critères à remplir pour qu'elle puisse être retenue. | |
| AVPU | 11b | 2 | | <p>Limitation à 15 séances</p> <p>La limitation à 15 séances est inacceptable, car coûteuse et inutile. L'inégalité de traitement par rapport aux psychothérapeutes-médecins n'est pas justifiée sur le plan professionnel. Elle entraîne une surcharge administrative, au détriment des patients et de la thérapie. Une telle restriction rend impossible la prise en charge de personnes atteintes de troubles chroniques graves. Elle détériore l'accès à la psychothérapie au lieu de l'améliorer.</p> <p>Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances.</p> | <p>Demande de suppression de l'alinéa:</p> <p>Pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, l'assurance prend en charge, par prescription médicale, les coûts de 15 séances au plus, d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe.</p> |
| AVPU | 11b | 3 | | <p>L'AVPU n'a rien à objecter à la limitation à 10 séances concernant les interventions en cas de crise.</p> <p>Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances.</p> | <p>Pour les prestations visées à l'al. 1, let. b, l'assurance prend en charge les coûts de dix séances au plus d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapies de groupe.</p> |
| AVPU | 11b | 4 | | Cf. art. 11b, al. 2. Le rapport doit être rédigé et présenté conformément à l'art. 11, al. 5. | <p>Demande de suppression de l'alinéa:</p> <p>Le psychologue psychothérapeute rédige, avant l'échéance des séances</p> |

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

| | | | | | |
|------|-------------------------|---|--|--|--|
| | | | | | prescrites, un rapport à l'intention du médecin qui prescrit la thérapie. |
| AVPU | 11b | 5 | | Les rapports après 40 séances doivent être rédigés par le psychothérapeute en charge du cas et non par le médecin prescripteur. Toute autre exigence est inappropriée. | Si, pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, la psychothérapie doit être poursuivie après 40 séances, la procédure prévue à l'art. 3b est applicable par analogie; la demande est formulée par le médecin prescripteur, le rapport est rédigé par le psychothérapeute. |
| AVPU | Disposition transitoire | | | La durée de prise en charge supplémentaire de 12 mois des prestations de psychothérapie déléguée est plutôt courte, mais acceptable. | |

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

Abkürzung der Firma / Organisation : aZP

Adresse : Schmidgasse 2, 6300 Zug

Kontaktperson : Ines Jenni

Telefon : 041 712 32 40

E-Mail : i.jenni@systemparxis.ch

Datum : 16.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **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 |
| AZP | Die AZP 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 AZP 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. |
| AZP | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die AZP klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die AZP 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 AZP 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. |
| AZP | <p>Inhalte der Vorlage, welche die AZP ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die AZP 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 AZP lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die AZP ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. |

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

| | |
|-----|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die AZP lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die AZP verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die AZP 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 AZP 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. |
| AZP | <p>Ergänzungen, welche die AZP vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die AZP verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der AZP braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die AZP 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 AZP eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die AZP 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**

| | |
|-----|---|
| AZP | 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) |
| AZP | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| AZP | 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). | |
| AZP | 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. | |
| AZP | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der AZP unbestritten. Die AZP 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 AZP 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 AZP begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die AZP ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|------------|---|--|
| | | | | <p>problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die AZP fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die AZP ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| AZP | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den</p> | 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. Die AZP fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| AZP | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die AZP ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die AZP 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 AZP folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

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

| | | | | | |
|-----|----------------|-------|--|--|--|
| AZP | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| AZP | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen</p> <p>Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| AZP | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die AZP 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. | |
| AZP | Übergangsbest. | 3 | | Die AZP 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) |
| AZP | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| AZP | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die AZP 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der 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. <p>Die AZP schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| AZP | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die AZP ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten,</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|--|---|--|--|
| | | | | <p>Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die AZP ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| AZP | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| AZP | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| AZP | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die AZP 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die AZP geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die AZP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | <p>pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| AZP | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die AZP den Vorschlag, dass bei</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| AZP | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| AZP | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| AZP | 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. |
| AZP | 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. |
| AZP | 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. | |



EINGEGANGEN

14. Okt. 2019

Registratur GS EDI

Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Bern, 11.10.2019

Vernehmlassung zur Änderung KVV und KLV betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP und die Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrter Herr Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme in obgenannter Sache. Die Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie befürchtet durch die mit dem Wechsel zum Anordnungsmodell vorgeschlagenen Änderungen Risiken für die Qualität der psychiatrischen Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen. Aus diesem Grund lehnt die BGKJPP diese in der vorgesehenen Form 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



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Allgemeine Bemerkungen

| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
|------------|--|
| BGKJPP | Die BGKJPP lehnt die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form ab. |
| | <p>Die BGKJPP möchte betonen, dass die Zusammenarbeit mit den psychologisch ausgebildeten Psychotherapeuten im Kanton Bern eine langjährige, gute Tradition hat sowohl in Privatpraxen wie in den Institutionen. Es ist uns ein Anliegen, im Interesse der kantonalen Versorgung psychisch kranker und in ihrer Entwicklung gefährdeter Kinder und Jugendlichen, eine professionelle Zusammenarbeit zu pflegen. Dafür werden wir uns auch weiterhin einsetzen.</p> <p>Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, vorgenommen wurden.</p> <p><i>Die BGKJPP fordert die Rücknahme der Änderungen bei der ärztlichen Psychotherapie und in Zukunft eine Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i></p> |

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

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

Vernehmlassungsverfahren



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
|------------|------|------|------|---|--|
| BGKJPP | 50 | 1 | c | <p>Psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B).</p> <p>Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen.</p> <p>Vor allem haben die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten wenig</p> | <p>...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).</p> |

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

Vernehmlassungsverfahren



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>Erfahrungen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Es besteht die Gefahr, dass 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 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).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden,</p> | |
|--|--|--|--|--|

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



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Die Unterversorgung wird für viele Kranke nicht behoben werden, hingegen wird es zu einer</p> | |
|--|--|--|---|--|

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



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>Fehlversorgung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Sie werden grosse Mühe haben, eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten (vgl. auch Bemerkung weiter unten Art. 2, Abs. 1, Bst. b) KVV)</p> <p>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</p> | |
|--|--|--|---|--|

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

Vernehmlassungsverfahren



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>Überangebot geschaffen.</p> <p>FORDERUNG der BGKJPP: 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 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.</p> <p>FORDERUNG BGKJPP: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt</p> | |
|--|--|--|---|--|



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| | | | | |
|--------|--|--|---|--|
| | | | <p><i>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).</i></p> <p><i>Die BGKJPP unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</i></p> | |
| BGKJPP | | | <p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Kinder und Jugendliche zu behandeln, obwohl sie als Therapeutinnen und Therapeuten nur über mindestens zwei Jahre klinische Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art. 11b</p> | <p>STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen.</p> |



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>KLV auch durch Ärztinnen und Ärzte, ohne Facharzttitle für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Die BGKJPP erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p> <p>Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologische Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt, der anordnenden Ärztin liegt.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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.



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
|------------|--------------------|--|---|
| BGKJPP | 2, Abs. 1, Bst. b) | <p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unnötig.</p> <p>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. .</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Zudem besteht das Risiko einer alleinigen Fokussierung auf die</p> | <p>STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie</p> |



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>einzelnen Krankheitssymptome. Gerade in der immer systemisch arbeitenden und multiaxial diagnostizierenden Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dieser Ansatz ungenügend und fachlich nicht begründet.</p> <p>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 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.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der</p> | |
|--|--|--|--|



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>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.</p> <p>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 finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbaren</p> | |
|--|--|---|--|



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| | | | |
|--------|--------|--|---|
| | | <p>Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.</p> <p>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?</p> <p>FORDERUNG: Die BGKJPP fordert, dass Punkt 1b gestrichen wird.</p> | |
| BGKJPP | Art. 3 | <p>Kostenübernahme</p> <p>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).</p> <p>Mit der Reduktion der Sitzungszahl für die</p> | <p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p> |



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>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.</p> <p>FORDERUNG BGKJPP: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprache gesuch</p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>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.</p> | | |
|--|--|---|--|--|



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| | | | |
|--------|-------------------|---|---|
| | | <p>Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Behandlung gleich.</p> <p>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die Psychotherapie</p> | |
| BGKJPP | Art. 11b, Bst. a. | <p>Wer kann anordnen?</p> <p>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.</p> <p>FORDERUNG BGKJPP: Die BGKJPP verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und</p> | <p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und -psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis „Psychosomatische und psychosoziale Medizin“ (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in</p> |



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| | | | |
|--------|-----------------------------|---|---|
| | | <p><i>Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können.</i></p> <p>FORDERUNG BGKJPP: 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.</p> | <p>Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und -psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis „Psychosomatische und psychosoziale Medizin“ (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis „Anordnung Psychotherapie“.</p> |
| BGKJPP | Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5 | <p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen</p> <p>«Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht... der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin»</p> <p>Wie kann die Ärztin, der Arzt den Verlauf einer Therapie beurteilen, die ganz in der Verantwortung der Psychologin, des Psychologen</p> | |



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | 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. | |
|--|--|--|--|



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| Weitere Vorschläge | | | |
|--------------------|------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| BGKJPP | | <p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) durchzuführen ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend.</p> <p>FORDERUNG: Die SGKJPP ist in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.</p> | <p>Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung.</p> |
| BGKJPP | | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen</p> | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens</p> |



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

| | | | |
|--------|--|--|--|
| | | 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. | 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum). |
| BGKJPP | | 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 Kosten – die Behandlung vieler Patientinnen und Patienten, besonders schwer kranker Kinder und Jugendlicher, nicht fördern. Die BGKJPP fordert deshalb, dass die Bedingungen des angestrebten Anordnungsmodells unter Einbezug eines interdisziplinären Expertengremiums überarbeitet und neu formuliert werden. | |



Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Bernischer Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : BGKJPP

Adresse : Gutenbergstrasse 21, 3011 Bern

Kontaktperson : Bigna Keller, Präsidentin

Telefon : 031 333 64 33

E-Mail : sekretariat@bgkjpp.ch

Datum : 11.10.2019


Dr. med. Bigna Keller
Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie FMH
Gutenbergstr. 21
3011 Bern
Tel. 031 333 64 33

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

Vernehmlassungsverfahren

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Nationale Berufskonferenz Hebamme zugehörig zur nationalen Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : BK-Heb

Adresse : Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, ZHAW, Departement Gesundheit, Institut für Hebammen, Technikumsstrasse 71, Postfach, 8401 Winterthur

Kontaktperson : Silvia Ammann-Fiechter

Telefon : : +41 (0)58 934 42 66

E-Mail : silvia.ammann-fiechter@zhaw.ch

Datum : 16.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17.10.2019 an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen

| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
|---|---|
| BK-Heb | <p>Die Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen der Schweiz (BK-Heb) bedankt sich für die Möglichkeit an der Vernehmlassung zur KVV-Änderung teilzunehmen.</p> <p>Geburtshilfe findet sowohl intramural in Spitälern oder Geburtshäusern wie auch extramural bei den Frauen zu Hause statt. Hebammen nehmen deshalb in der medizinischen Grundversorgung einen wichtigen Stellenwert ein. Hebammen erbringen in der Schweiz, im Gegensatz zu anderen nicht-ärztlichen Fachpersonen, im <u>Regelfall</u> (Physiologie) ihre Leistungen ohne ärztliche Verordnung. Seit 1.1.2017 können Hebammen gemäss KVV 45a <i>Organisationen der Hebammen</i> gründen. Die Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen Schweiz hat nun das zur Vernehmlassung vorliegende Dokument geprüft. Es ist aufgefallen, dass beim vorliegenden Änderungsvorschlag zu Artikel 45 KVV wichtige, in der Fassung vom 1.1.2017 aufgeführte Formulierungen nicht aufgeführt sind, nämlich Formulierungen, die den Erwerb der praktischen Tätigkeit festlegen und die sich auf selbstständig erwerbende Hebammen und Organisationen der Hebammen beziehen. Üblicherweise werden bei Vernehmlassungen die Änderungen abgebildet, sowie dies beim vorliegenden Text über die <i>Zulassung der Hebamme</i> der Fall ist. Da bei allen anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen jedoch nicht nur die Änderungen aufgeführt sind, sondern der Gesamttext zur <i>Zulassung</i> aufgeführt ist, haben wir uns entschlossen, eine Rückmeldung zu geben, damit die aus rechtlicher Sicht wichtigen, bis anhin gültigen Gesetzesformulierungen auch zukünftig eindeutig sind. Wir bitten Sie, unsere Änderungsvorschläge zu berücksichtigen.</p> |
| 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) |
| BK-Heb | 45 | 1 | a und b, Ziffer 1 bis 4 und c | <p>Den gesamten Gesetzesartikels haben wir deshalb explizit aufgeführt, damit rechtlich eindeutig ist, welche Ziffern gestrichen resp. welche Abschnitte neu formuliert sind (Markierung in Gelb).</p> <p>Zu Punkt 2: Wir schlagen vor, dass neu kantonal bewilligte Geburtshäuser und kantonal bewilligte Geburtspraxen namentlich erwähnt werden. Beide Institutionen haben entweder einen gesetzlichen Ausbildungsauftrag oder bieten auf freiwilliger Basis Ausbildungsplätze für Hebammenstudierende an. Sie bieten Studierenden Einblick in das gesamte Spektrum der Hebammentätigkeit (Schwangerschaftskontrollen, Geburten, Wochenbettbetreuungen, Stillberatungen). Deshalb soll die praktische Berufserfahrung zum Erwerb der Zulassungsbedingungen auch in einem kantonal bewilligten Geburtshaus / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter Leitung einer Hebamme erfolgen können.</p> <p>Zu Punkt 3: Die vorgesehene Aufhebung der bestehenden Ziffer 3 begrüssen wir.</p> <p>Zu Punkt 4: Soll wie bisher bestehen bleiben.</p> | <p>Die Hebammen haben nachzuweisen:</p> <p>a. einen Bachelor of Science in Hebamme FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 des Gesundheitsberufegesetzes vom 30. September 2016 (GesBG9 gleichwertigen Bildungsabschluss</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> <p>1. bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme,</p> <p>2. in geburtshilflichen Abteilungen eines Spitals oder eines kantonal bewilligten Geburtshauses / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter der Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt</p> <p>3. Aufgehoben</p> <p>4. in einer Organisation der Hebammen unter Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzung dieser Verordnung erfüllt</p> <p>c. eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG.</p> |

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 : Conférence Professionnelle Sage-Femme de la Conférence Spécialisée Santé des Hautes écoles spécialisées suisses

Abréviation de l'entreprise / organisation : CPSF

Adresse : Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, ZHAW, Departement Gesundheit, Institut für Hebammen, Technikumsstrasse 71, Postfach, 8401 Winterthur

Personne de référence : Silvia Ammann-Fiechter

Téléphone : +41 (0)58 934 42 66

Courriel : silvia.ammann-fiechter@zhaw.ch

Date : 16.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 17.10.2019 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 |
| Error! Reference source not found.CPSF | <p>La Conférence Professionnelle Sage-Femme de la Conférence Spécialisée Santé des Hautes écoles spécialisées suisses (CPSF) est reconnaissante de la possibilité qui lui est donnée de participer à la consultation sur la modification de l'OAMal.</p> <p>Les soins périnataux ont lieu aussi bien en interne, dans les hôpitaux ou les maisons de naissance, qu'en externe, au domicile des femmes. Les sages-femmes jouent donc un rôle important dans les soins de santé de base. Contrairement à d'autres spécialistes non médicaux, les sages-femmes en Suisse exercent leur activité sans ordonnances médicales dans les situations physiologiques. Depuis le 1er janvier 2017, selon l'art. 45a OAMal, les sages-femmes peuvent créer des organisations de sages-femmes. La CPSF a donc examiné le document soumis à la consultation. Elle a constaté que, dans la présente proposition de modification de l'article 45 OAMal, des formulations importantes qui figuraient dans la version du 1.1.2017 n'ont pas été réécrites. Il s'agit notamment des formulations qui se rapportent à l'exercice de l'activité pratique et qui concernent les sages-femmes indépendantes et les organisations de sages-femmes. Habituellement, dans les consultations, les changements sont clairement visibles, comme c'est le cas avec le texte actuel sur <i>l'admission des sages-femmes</i>. Etant donné que, pour tous les autres groupes professionnels non médicaux, on mentionne non seulement les changements, mais aussi le texte complet pour <i>l'admission</i>, nous avons décidé de faire une remarque à ce sujet afin que les formulations légales importantes d'un point de vue juridique et valables jusqu'à présent demeurent sans ambiguïté également à l'avenir. Nous vous prions de bien vouloir prendre en compte nos propositions de modification.</p> |
| Error! Reference source not found. | |
| Error! Reference source not found. | |

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) |
| CPSF | 45 | 1 | let a,b, ch 1 – 4 c | <p>C'est la raison pour laquelle nous avons explicitement retranscrit l'ensemble de l'article de loi afin qu'on puisse voir clairement du point de vue juridique quels sont les chiffres qui ont été supprimés et quelles sections ont été reformulées (marquage en jaune).</p> <p>A propos du point 2: Nous proposons que les maisons et les cabinets de naissance bénéficiant d'une autorisation cantonale soient désormais nommément mentionnés. Les deux institutions ont un mandat légal de formation, ou bien offrent sur une base volontaire des places de formation pour les étudiantes sages-femmes. Elles offrent aux étudiantes un aperçu de l'ensemble des activités de la profession de sage-femme (contrôles de grossesse, naissances, soins post-partum, consultations d'allaitement). C'est pourquoi, l'expérience pratique pour l'acquisition des conditions d'admission devrait également pouvoir avoir lieu dans une maison ou un cabinet de naissance au bénéfice d'une autorisation cantonale, sous la direction d'une sage-femme.</p> <p>A propos du point 3: Nous nous félicitons de l'abrogation prévue du chiffre 3 actuel.</p> | <p>Les sages-femmes doivent:</p> <p>a. être titulaires d'un Bachelor of Science HES de sage-femme ou d'un diplôme reconnu équivalent selon l'art. 10 ou de l'art. 34, al. 3, de la loi du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (LPSan)</p> <p>b. avoir exercé pendant deux ans une activité pratique:</p> <p>1. auprès d'une sage-femme; admise en vertu de la présente ordonnance,</p> <p>2. dans la division d'obstétrique d'un hôpital, ou d'une maison ou d'un cabinet de naissance bénéficiant d'une autorisation cantonale, sous la direction d'une sage-femme remplissant les conditions d'admission de la présente ordonnance.</p> <p>3. abrogé</p> |

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

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| | | | | A propos du point 4: Devrait demeurer comme avant. | 4. dans une organisation de sages-femmes sous la direction d'une sage-femme; admise en vertu de la présente ordonnance, c. disposer d'une autorisation cantonale selon l'art. 12 ou l'art. 34, al. 1, LPSan. |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference | | | | | |

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

Abkürzung der Firma / Organisation : ChiroSuisse

Adresse : Sulgenauweg 38

Kontaktperson : Sabine Schläppi

Telefon : 031 371 03 01

E-Mail : sabine.schlaepi@chirosuisse.ch

Datum : Oktober

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 |
|-------------|---|
| ChiroSuisse | <p>ChiroSuisse begrüsst die beabsichtigten Ziele der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP mittels Änderung und Anpassung der KVV und KLV, auch an das bestehende PsyG.</p> <p>Durch die Änderung vom Delegations- zum Anordnungsmodell kann der Zugang zur Psychotherapie vereinfacht und verbessert werden. Dank der vereinfachten Anordnung von psychotherapeutischen Massnahmen durch die Grundversorger werden bestehende Hürden in der Versorgung von akut wie chronisch psychisch Kranken abgebaut.</p> <p>Chiropraktorinnen und Chiropraktoren sind als Medizinalpersonen gemäss MedBG Grundversorger und Generalisten für den Bewegungsapparat. Sie betreuen oft Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen. Insbesondere bei chronischen Rückenschmerzen wird gemäss internationalen Guidelines ein interdisziplinärer Behandlungsansatz empfohlen, welcher unter Umständen auch Psychotherapie beinhalten kann (1). Chiropraktorinnen und Chiropraktoren sollte daher auch die Möglichkeit offen stehen, psychotherapeutische Intervention anzuordnen. Ein rascher und direkter Zugang zur Psychotherapie kann in bestimmten Fällen das Risiko einer Chronifizierung reduzieren und so langfristig hohe direkte und indirekte Gesundheitskosten einsparen.</p> <p>Aus oben dargelegten Überlegungen und im Sinne einer optimalen interprofessionellen Versorgung von chronischen Schmerzpatienten fordert ChiroSuisse eine Anpassung der Anordnungsvoraussetzungen gemäss KVV und KLV, wonach Chiropraktorinnen und Chiropraktoren zur vergütungspflichtigen Anordnung von Psychotherapie berechtigt werden.</p> <p>(1) Oliveira, C.B., Maher, C.G., Pinto, R.Z. et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J (2018) 27: 2791. https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2</p> |

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

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

| 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**

| | | | | | |
|-------------|----|---|---|---|--|
| ChiroSuisse | 46 | 1 | | Anpassung der Anordnungsvoraussetzung | „Als Personen, die auf ärztliche <i>oder chiropraktische</i> Anordnung hin Leistungen erbringen,...“ |
| ChiroSuisse | 46 | | g | Aufnahme der Psychotherapie wird begrüsst | |

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. | 11b, 1a. | <p>Der Artikel wird im Grundsatz begrüsst.</p> <p>Die Anordnungsvoraussetzung der Vergütungspflicht soll auch für Medizinalpersonen mit Weiterbildungstitel Fachchiropraktor, alt Chiropraktor, möglich sein.</p> <p>Begründung: Chiropraktorinnen und Chiropraktoren sind als Medizinalpersonen gemäss MedBG Grundversorger und Generalisten für den Bewegungsapparat. Sie betreuen oft Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen. Insbesondere bei chronischen Rückenschmerzen wird gemäss internationalen Guidelines ein interdisziplinärer Behandlungsansatz empfohlen, welcher unter Umständen auch Psychotherapie beinhalten kann (1).</p> <p>Chiropraktorinnen und Chiropraktoren sollte daher auch die Möglichkeit offen stehen, psychotherapeutische Intervention anzuordnen. Ein rascher und direkter Zugang zur Psychotherapie kann in bestimmten Fällen das Risiko einer Chronifizierung reduzieren und so langfristig hohe direkte und indirekte Gesundheitskosten einsparen.</p> <p>(1) Oliveira, C.B., Maher, C.G., Pinto, R.Z. et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J (2018) 27: 2791. https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2</p> | <p>Art. 11b, Abs. a. ergänzen mit «..für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin; <i>oder eidgenössischen Weiterbildungstitel Fachchiropraktor, einschliesslich dem altrechtlichen Titel Chiropraktor</i>»</p> |
| ChiroSuisse | 4 | Entsprechend der Ergänzung von Art. 11b,1a | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten der folgenden von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel, der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, bildgebenden Verfahren sowie physiotherapeutischen und</p> |

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

| | | | |
|-------------|-----|----------------|--|
| | | | <i>psychotherapeutischen Leistungen</i> |
| ChiroSuisse | 4 g | Neu, Anpassung | <i>psychotherapeutische Leistungen gemäss Art. 11b</i> |

| Weitere Vorschläge | | | |
|---------------------------|-------------|---------------------------|----------------------|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |

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 : Comité de l'European Federation for Psychoanalytical Psychotherapy section Suisse romande

Abréviation de l'entreprise / organisation : Comité EFPP SR

Adresse : EFPP Suisse romande, 1000 Lausanne

Personne de référence : Richard Simon, président

Téléphone : 021.921.86.40

Courriel : richard.simon@clos5.ch

Date : 10.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. 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 |
| Comité EFPP SR | <p align="center">Préambule</p> <p>Nous remercions vivement le Conseil fédéral d'avoir ouvert la consultation du présent projet, qui met un terme, suite à l'entrée en vigueur de la LPsy en 2013 (ultime condition nécessaire pour le passage de modèle), au modèle de la psychothérapie déléguée. Nous savons gré en particulier de la reconnaissance de la formation postgrade des psychologues-psychothérapeutes, leur permettant d'effectuer des prestations de psychothérapie remboursées par l'AOS, au même titre que les médecins-psychiatres et -psychothérapeutes.</p> <p>Le comité de l'EFPP SR soutient le passage au système de prescription, qui permettra un meilleur accès aux soins psychiques de la patientèle.</p> <p>La Fédération Européenne de Psychothérapie Psychanalytique section Suisse romande regroupe des médecins psychiatres-psychothérapeutes ainsi que des psychologues-psychothérapeutes d'orientation psychanalytique qui, pour certains d'entre eux, remplissent des critères de formation beaucoup plus élevés que les exigences demandées pour la reconnaissance du titre fédéral. Elle regroupe deux sections : « adulte » et « enfants et adolescents ». Toutes les informations concernant l'obtention des différents titres EFPP : « membre en formation », « membre » et « membre certifié » se trouvent sur notre site http://www.fr.efpp.ch ; http://www.fr.efpp.ch/wp-content/uploads/2019/08/Règlementformationadultes-2018-projet.pdf ; http://www.fr.efpp.ch/wp-content/uploads/2019/08/Règlementformationenfants-2018-projet.pdf</p> <p>Le texte ci-dessous reprend, en partie, les commentaires formulés par des associations de psychologues psychothérapeutes.</p> |
| Comité EFPP SR | <p>1. Tarification</p> <p>Hormis l'annonce de suppression des positions 02.02 et 02.03 (cf. page 12 du rapport, chiffre 2.9, premier para.), le projet ne prévoit pas de revoir en parallèle la tarification par TarMed et/ou TarPsy (ou autre système de tarification comme Psytarif). Or, une telle révision parallèle est indispensable pour se déterminer en connaissance de cause, car interdépendante du présent projet. Il est très important de savoir quel nombre de points sera attribué à une séance de psychothérapie, mais aussi d'être renseigné-e sur le fait que les prestations en absence (rapport, déplacement, réunion de réseau, échanges avec d'autres corps de métier, étude de dossier, etc.) seront remboursées dans une plus large mesure qu'actuellement, dès lors que le projet axe sur la coordination avec d'autres corps de métiers, et que toute coordination engendre un temps qui doit être pris en compte et remboursé par l'AOS.</p> |

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

| | |
|-------------------|---|
| | <p>Au vu de ce qui précède, nous demandons à ce que la tarification soit intégrée au présent projet, qu'il y ait un système de tarification distinct entre médecins et psychologues, et que le temps des prestations en absence soit augmenté de manière proportionnelle au surcroît de rapports et de coordination interprofessionnelle.</p> |
| Comité EFPP SR | <p>2. Psychologues en formation de psychothérapie</p> <p>Le projet tel que présenté ne prévoit pas le remboursement par l'AOS des psychologues en formation de psychothérapie : une telle absence de financement implique de fait la suppression de toute relève, y compris de celle actuellement en formation de psychothérapie, dont la formation ne serait pas terminée au moment de l'entrée en vigueur.</p> <p>Il est impératif de déterminer dans le présent projet, qui entend supprimer complètement le modèle de délégation, si les lieux de formation actuels seront encore habilités à former, et préciser leurs modalités de facturation. Il faut relever à cet endroit qu'actuellement, les psychologues-psychothérapeutes formés sont déjà agréés pour former (dans les institutions) des psychologues assistants, lesquels facturent aux mêmes tarifs. Une piste envisageable pour maintenir ce financement - indispensable à la relève - serait de prévoir un statut d'assistanat pour les psychologues en formation de psychothérapie, que superviseraient les psychologues-psychothérapeutes. Ceci vaudrait tant pour les établissements de psychiatrie et psychothérapie que pour les organisations de psychologues-psychothérapeutes.</p> <p>Le projet devrait aussi prévoir une extension des lieux de formation actuels à l'endroit des psychothérapeutes formés, qui auront dès lors la possibilité de former des psychologues en formation de psychothérapie (actuels « psychologues-assistants » de médecins délégués), tout comme les psychiatres ou médecins délégués actuellement. Les critères utilisés actuellement par TarMed pourraient s'appliquer par analogie, à savoir l'assistant·e devrait avoir déjà réalisé 150 heures théoriques et 100 heures de thérapie personnelle.</p> <p>Notre association regroupe des médecins et psychologues de toute la Suisse romande. Ce que nous pourrions constater, si le projet était accepté dans sa forme actuelle, c'est que les institutions psychiatriques en particulier dans les cantons ne disposant pas d'hôpital universitaire, comme les cantons du Valais, de Neuchâtel et du Jura n'auront pas les moyens d'offrir des postes de formation en nombre suffisant pour assurer la relève de psychologues-psychothérapeutes.</p> <p>Sachant que le projet ne précise pas le futur à la formation et jette ainsi une insécurité quant aux rôles des instituts agréés de formation, nous demandons à ce que la surveillance de la mise en œuvre de la formation postgrade (p. ex. conditions d'engagement de psychologues en formation de psychothérapie, modalités d'intégration notamment de la supervision interne dans la formation) soit garantie par le canton, en collaboration avec les associations professionnelles. L'EFPP, de par son expertise dans le domaine de la psychothérapie d'orientation psychanalytique pourrait apporter son soutien dans la mise en place d'un tel projet.</p> <p>En complément au modèle d'assistanat dans les institutions proposé ci-dessus, il serait possible de généraliser pour les psychologues psychothérapeutes en cabinet privé l'exemple notamment du canton de Genève, qui instaure deux types d'autorisation de pratique, à titre</p> |

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

| | |
|-------------------|--|
| | <p>dépendant ou indépendant, pour les « psychologues spécialisés en psychothérapie » au sens de la LPsy (cf. art. 31 du Règlement sur les professions de la santé, RPS-GE, K 3 02.01 : https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_k3_02p01.html). Le droit de pratique indépendant autorise un psychologue psychothérapeute à travailler sous sa seule responsabilité, tandis que le titre dépendant permet à un psychologue <i>en formation</i> de travailler sous la responsabilité d'un psychologue spécialiste (ou d'un médecin disposant des autorisations nécessaires à ce type de pratique). Ce modèle semble répondre à l'ensemble des besoins exprimés en Suisse, en donnant un cadre réglementaire qui implémente l'application de la LPsy et sauvegarde les intérêts tant de la patientèle que de la profession. Pour l'orientation psychanalytique que nous représentons à travers l'EFPP, il est important que tous les futurs psychothérapeutes (psychologues et médecins) puissent poursuivre leur formation en cabinet privé.</p> |
| Comité EFPP SR | <p>3. Exception à la prescription</p> <p>Pour les institutions hospitalières de catégorie I. A. reconnues d'utilité publique, l'exigence de prescription est impraticable et dès lors inadéquate dans un contexte fortement hiérarchisé et sans autonomie, où tant médecin prescripteur que psychothérapeute sont salariés du même employeur ; la patientèle n'y a pas ou peu de libre choix du prestataire (cf. nouvel alinéa proposé à l'art. 11b OPAS du projet). Pour cette catégorie de fournisseur de prestation et pour autant que l'institution soit reconnue d'utilité publique, nous demandons de prévoir une exception à l'exigence de prescription, au profit p.ex. d'une prescription générale soumise à des contrôles ponctuels. Ceci vaudrait tant pour les psychologues-psychothérapeutes formés que pour les psychologues en formation de psychothérapie (au bénéfice d'un statut d'assistantat tel que proposé ci-dessus au chiffre 2, Remarques générales). Cette exception à la prescription serait fondée sur la reconnaissance d'utilité publique, dont les missions de formation, d'une part des psychologues en formation de psychothérapie, d'autre part des psychothérapeutes formés (formation continue, supervision) sont inscrites dans le fonctionnement de l'institution.</p> |
| Comité EFPP SR | <p>4. Prescription et rapports adressés aux caisses maladies</p> <p>A partir de notre pratique clinique sur le terrain, nous sommes d'avis que la prescription telle que décrite dans le projet devrait être étendue à l'ensemble des médecins spécialistes (y.c. psychiatres) et pas uniquement limitée aux médecins référents directs.</p> <p>De plus, nous suggérons que la prescription initiale soit étendue aux 40 premières séances pour médecins et psychologues (comme il est d'usage pour les médecins psychiatres actuellement) et non pas 30. Nous demandons ainsi que le rapport prévu à la 15^{ème} séance soit abandonné. Une des raisons à cet abandon est d'ordre économique. Au début des années 2000, il était demandé d'établir un rapport au médecin conseil après 10 séances. Rapidement, au vu de la charge administrative que cela représentait tant pour les assurances maladies que pour les psychothérapeutes (médecins et psychologues en délégation), ce projet avait été abandonné. Établir un rapport après 15</p> |

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

| | |
|--|---|
| | <p>séances représente une charge administrative très importante (et donc des coûts supplémentaires). De plus, d'un point de vue clinique, cette démarche en début de traitement risque de fragiliser le rapport patient-psychothérapeute dans le sens où tous les deux sont dans l'attente d'un accord de l'assurance pour poursuivre un traitement.</p> <p>Partant de la reconnaissance de l'équivalence de la formation en psychothérapie pour les psychologues et les médecins (ce qui est le cas dans notre association depuis sa création), il n'y a pas de raison fondée justifiant la nécessité que la poursuite de tu traitement au-delà des 40 séances soit établie par un représentant du corps médical. Le psychologue psychothérapeute formé doit assumer la responsabilité de son traitement à l'égard de la caisse maladie.</p> <p>Si cette logique n'était pas appliquée et que le Conseil Fédéral privilégie le projet actuel, il est primordial que l'évaluation à la 40^{ème} soit établie par un médecin spécialisé en psychothérapie. En effet, le projet stipulant que n'importe quel médecin spécialiste puisse être à-même de valider un rapport pour l'établissement d'un traitement psychothérapeutique à moyen ou long terme, dénigre la spécialisation en psychiatrie et les spécificités de cette formation. Donc, le médecin psychiatre psychothérapeute, après discussion avec le psychologue psychothérapeute, et/ou après avoir rencontré le patient, donnera son accord au psychologue psychothérapeute pour la rédaction d'un rapport à la caisse maladie afin de demander la poursuite du traitement. Le rapport sera donc rédigé par le psychologue psychothérapeute et visé par le médecin psychiatre psychothérapeute.</p> |
|--|---|

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) |
| Comité EFPP SR | 50c | 1 | b | <p>Psychologues en formation de psychothérapie</p> <p>Comparativement à d'autres corps de métier touchés par le projet, les psychologues, c'est-à-dire au bénéfice d'un Master en psychologie, doivent encore accomplir une formation postgrade de minimum 5 années pour obtenir le titre de spécialisation en psychothérapie. Cette durée significative de formation postgrade implique un ou plusieurs emplois d'assistantat, qui devraient être financés par l'AOS afin d'assurer une relève en psychothérapie (cf. Remarques générales, chiffre 2 « Psychologues en formation de psychothérapie »).</p> | Être titulaire d'un titre postgrade fédéral ou reconnu équivalent en psychothérapie selon l'art. 9 ou l'art. 49, al. 2, LPsy, ou être en formation au sein d'un établissement de psychiatrie et psychothérapie d'un hôpital ou d'une autre organisation privée ou publique, sous la direction d'un spécialiste en psychiatrie ou psychothérapie |
| Comité EFPP SR | 50 | c | | <p>En complément au modèle d'assistantat proposé ci-dessus qui concerne les établissements de formation, le modèle proposé par le canton de Genève pourrait être généralisé pour les psychothérapeutes formés et ceux avancés dans leur formation. Il instaure deux types d'autorisation de pratique, à titre dépendant ou indépendant, pour les « psychologues spécialisés en psychothérapie » au sens de la LPsy (cf. art. 31 du Règlement sur les professions de la santé, RPS-GE, K 3 02.01 : https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_k3_02p01.html). Le droit de pratique indépendant autorise un psychologue psychothérapeute à travailler sous sa seule responsabilité, tandis que le titre dépendant permet à un psychologue en formation de travailler sous la responsabilité d'un psychologue</p> | Les psychologues psychothérapeutes doivent disposer d'une autorisation cantonale à titre indépendant, ou, dans le cadre d'une formation postgrade accréditée, à titre dépendant, selon l'art. 22 de la loi du 18 mars 2011 sur les professionnels de la psychologie (LPsy) ⁷ et doivent : |

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

| | | | | | |
|-------------------|-----|---|---|---|---|
| | | | | spécialiste ou d'un médecin disposant des autorisations nécessaires à ce type de pratique (cf. davantage sous Remarques générales, chiffre 2 « Psychologues en formation de psychothérapie »). | |
| Comité EFPP SR | 50c | 1 | c | <p>Nous jugeons cette année supplémentaire inutile par rapport aux exigences de formation élevées fixées par la LPsy pour l'obtention du titre de spécialisation en psychothérapie, et discriminante au vu de l'équivalence reconnue en matière de psychothérapie des formations entre médecins et psychologues-psychothérapeutes.</p> <p>En outre, une année supplémentaire après l'aboutissement de la formation postgrade n'est pas praticable, car d'une part, les places de formation se font déjà actuellement de plus en plus rares, d'autre part cette exigence impliquerait un réengagement (ou nouvel engagement) post-formation alors que la formation postgrade est terminée et que le statut d'indépendant est acquis.</p> <p>Actuellement déjà, dans la pratique, la formation postgrade en institution met en place un tournus au sein des services, qui permet aux psychologues en formation de psychothérapie d'expérimenter l'éventail des troubles.</p> <p>Enfin, cette mesure d'année supplémentaire est non viable si le financement n'en est pas assuré, du fait que la position TarMed 02.02 prévue serait supprimée (voir Remarques générales, chiffre 1 « Tarification »).</p> | <p>Vu les commentaires afférents et en particulier la réglementation uniforme suffisante de la LPsy, nous demandons à supprimer la let. c de l'art. 50c al. 1. Subsidiairement et tout au plus, cette année supplémentaire pourrait être intégrée de manière obligatoire dans le cursus de formation postgrade auprès d'un établissement de formation postgraduée de catégorie I. A ou I. B.</p> |
| Comité EFPP SR | 50c | 2 | | <p>Même pour les cantons disposant d'un hôpital universitaire (catégorie I. A.), les postes de formation se font rares déjà actuellement. Pour les structures privées, les exigences et les coûts liés à l'obtention d'une certification de catégorie I. B. rendent la démarche inintéressante économiquement.</p> | <p>Si, par impossible, l'art. 50c al. 1 let. c. est maintenu (dans sa version subsidiaire : « c. avoir acquis, après au cours de l'obtention de leur titre postgrade ») :</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>La situation ne devrait pas évoluer dans les prochaines années, de sorte qu'à moyen terme (et à court terme dans les cantons non universitaires ou/et à forte pénurie), la relève des psychologues psychothérapeutes est fortement entravée, et par là-même l'accès aux soins psychiques de la population dans l'ensemble de la Suisse. Or la facilitation à l'accès aux soins psychiques est le moteur central du présent projet.</p> <p>Partant de ce constat, nous estimons que les exigences posées par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM), concernant la reconnaissance des établissements de formation postgrade de la profession <i>médicale</i>, ne tiennent pas compte de la réalité de pénurie de postes de formation disponibles dans lesdits établissements de catégories I. A et B de l'importance cruciale de maintenir les possibilités actuelles de formation en cabinet privé pour les psychologues qui s'y forment partiellement précisément en raison de cette pénurie.</p> <p>Par analogie avec l'ISFM, et vu ce qui précède, il nous semblerait important de créer un organisme fédéral qui déterminerait des critères de qualité pour la reconnaissance de cabinets privés ou organisations en charge de formation à la psychothérapie. L'EFPP, étant donné le niveau d'expertise de ces membres (« Membres certifiés »), la mixité de ses filiations (médicales et psychologiques) et sa présence sur l'ensemble du territoire suisse pourrait devenir un centre de compétence dans la reconnaissance de ces organismes formateurs dans l'orientation psychanalytique.</p> | <p>2 L'établissement de psychiatrie et psychothérapie visé à l'al. 1, let. c, doit disposer d'une reconnaissance de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) de catégorie A, conformément au ch. 5.2.1 ou B conformément au ch. 5.2.2 du Programme de formation postgraduée du 1er juillet 2009 «Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie» 8 dans la version du 15 décembre 2016, ou d'une reconnaissance des critères-qualité établis en partenariat avec les instituts accrédités au sens des art. 12ss LPsy.</p> |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|-------------------|-----|--|---|---|---|
| Comité EFPP SR | 52d | | c | <p>Changement consécutif à la modification de l'art. 50c al. 1 let. b (psychologues en formation de psychothérapie)</p> <p>Nous saluons l'excellente possibilité de formation ainsi ouverte aux organisations de psychologues-psychothérapeutes vis-à-vis des psychologues en formation de psychothérapie, pour autant que le statut d'assistanat et celle de dépendant proposés ci-dessus soit accepté (cf. Remarques générales, chiffre 2 « Psychologues en formation de psychothérapie »). Cette possibilité existe déjà dans le canton de Vaud mais pas dans l'AOS, par un statut de psychologue diplômé dépendant de psychothérapeute ; toutefois la facturation au nom des psychologues (diplômés) dépendants de psychothérapeute pose problème et peu d'assurances (complémentaires) ne rembourse leurs prestations.</p> | « fournissent leurs prestations au travers de personnes remplissant les conditions énoncées à l'art. 50c al. 1 let. b » [et non pas art. 50c al. 1 let. c] |
|-------------------|-----|--|---|---|---|

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) |
|-------------------|------------------------------|---|---|
| Comité EFPP SR | 3, 3b et 11b al. 2/3/5 | <p>Limitation à 15 séances, contreproductive et injustifiée</p> <p>La limitation à 15 séances engendre une surcharge administrative au détriment du suivi thérapeutique (moins de soins dispensés durant 15 séances, car plus de travail administratif), une mise en péril du processus thérapeutique - si la patientèle n'est pas assurée de la poursuite du suivi, elle n'est pas en mesure de s'«ouvrir» sur certains sujets car risque d'être laissée en plan, ce qui peut rendre le travail superficiel et peu productif -, un risque d'interruption voire de rupture du suivi au bout de 15 séances si la prescription n'est pas prolongée ou pas à temps, avec une probable péjoration de la motivation thérapeutique voire de la santé de la patientèle. Ces effets auront pour résultat final d'entraver l'accès aux soins au lieu de le favoriser.</p> <p>Le rapport est éloquent puisqu'il établit qu'« une psychothérapie moyenne dure 29 séances (enquête structurelle FSP 2012) » (cf. rapport, page 12, chiffre 2.7, deuxième para.), ce qui représente une proportion significative de dépassement de la limite de 15 séances, et dès lors une proportion correspondante de rédaction de rapports et d'échanges interprofessionnels, chronophages, inutiles et coûteux. Dès lors, rien ne justifie une limitation à 15 séances.</p> <p>Nous nous référons en outre à la facturation du temps en absence ci-dessus, sous « Remarques générales », chiffre 1 « Tarification ».</p> | <p>Limitation à 30 séances,</p> <p>La durée de consultation limitée à 60 minutes est raisonnable sur le principe ; toutefois il convient de prévoir des exceptions en faveur de séances limitées à 105 minutes (dont 15 minutes en absence) pour les premières séances et les consultations de famille.</p> |

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

| | | | |
|-------------------|---------------------------------|---|---|
| | | <p>Enfin, les critères de la poursuite du traitement au-delà de 30 séances ne sont pas précisés au-delà des laconiques art. 11b al. 5 cum 3b ; le présent projet doit les indiquer clairement.</p> <p>Nous sommes d'avis qu'il n'y a pas de raison d'abaisser le nombre de séances de 40 à 30 avant la rédaction du premier rapport. Aucune raison a été émise (à part celle de la durée moyenne d'une psychothérapie) qui justifierait une telle différence entre l'exigence faite aux psychiatres psychothérapeutes et aux psychologues psychothérapeutes.</p> <p>En raison de la reconnaissance de l'équivalence de la formation en psychothérapie pour les médecins et pour les psychologues, il n'y a pas de raison que le rapport établi à la 40^{ème} séance soit effectué par un représentant du corps médical. Si tel devait être néanmoins le cas, il devrait l'être par un médecin psychiatre psychothérapeute avec lequel il est possible d'échanger au sujet des aspects spécifiques relevant de la spécialisation en psychothérapie.</p> | <p>Les critères de la poursuite du traitement au-delà de 30 séances ne sont pas précisés au-delà des laconiques art. 11b al. 5 cum 3b ; le présent projet doit les indiquer clairement.</p> <p>Il n'y a pas de justification claire sur la nécessité d'établir un rapport à la 30^{ème} séance plutôt qu'à la 40^{ème}, comme il est demandé aux psychiatres psychothérapeutes actuellement.</p> <p>Le rapport après la 40^{ème} séance doit être cosigné par le psychologue-psychothérapeute et un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie.</p> |
| Comité EFPP SR | 11b al. 1 let. b et al. 3 | <p>Nous relevons l'absence de définition de crise, y compris de critères définissant celle-ci. En tout état de cause, l'intervention de crise peut impliquer une durée plus longue que 10 séances. Toutefois, nous pouvons concéder à ne pas étendre la limitation - raisonnable sur le principe - à 10 séances, pour autant qu'un setting de psychothérapie puisse si nécessaire succéder à une intervention de crise (et être facturé comme tel).</p> <p>L'intervention de crise ne connaissant pas de limitation de séances pour les médecins de premier recours et psychiatres, il n'y a aucune raison d'astreindre les psychologues-psychothérapeutes à cette limitation.</p> | Pas de limitation des séances dans la durée (comme les médecins) |
| Comité EFPP SR | 11b | Modalités de la prescription | <u>Nouvel alinéa</u> : |

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

| | | | |
|-------------------|-------------------|--|---|
| | | Le libre choix de la patientèle doit être garanti, et le bon de prescription ne pourra pas « prescrire » des noms de psychologue-psychothérapeute. Dans le même sens, la poursuite du suivi doit être subordonnée prioritairement au choix de la patientèle, après échanges de celle-ci avec le médecin prescripteur et le psychologue-psychothérapeute, et non uniquement sur des critères médicaux et/ou d'orientation psychothérapeutique. | La prescription est subordonnée en tout temps au libre choix de la patientèle, en particulier sur la personne fournissant la psychothérapie et sur la poursuite des séances. |
| Comité EFPP SR | 2 al. 1 let. b | Temps et critères du diagnostic Nous demandons à ce que les critères de diagnostics soient d'abord validés par les organismes de formation de l'orientation psychothérapeutique suivie par la/le psychothérapeute (ou l'une des orientations choisies), et non pas fixés en amont par les seules assurances ou conventions tarifaires, ce afin d'éviter que les critères évoluent/changent selon les assurances ou conventions. | Suppression du diagnostic intermédiaire Reconnaissance d'outils d'évaluation de types CIM-10 et DSM, et validation de critères de diagnostics par les organismes de formation de l'orientation psychothérapeutique suivie par la/le psychothérapeute |

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 : Coordination romande des associations d'action pour la santé psychique

Abréviation de l'entreprise / organisation : CORAASP

Adresse : Av. de la Gare 52 – 1003 Lausanne

Personne de référence : Florence Nater - Directrice

Téléphone : 021 311 02 95

Courriel : florence.nater@coraasp.ch

Date : 17.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 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 |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.CORAASP | <p>Partie générale - Chapitre 1 : situation de départ</p> <p>Bien que notre organisation faîtière romande d'action en santé psychique n'ait pas été officiellement invitée à prendre part à la consultation de la 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), le comité de la Coraasp souhaite transmettre quelques considérations sur cet objet.</p> <p>La Coraasp fédère aujourd'hui en Suisse romande 26 associations et institutions actives dans l'accueil, l'accompagnement et le développement de projets individuels et collectifs avec et pour les personnes souffrant de troubles psychiques et les proches. Dans le cadre de leurs activités, les associations membres de la Coraasp accueillent majoritairement des personnes atteintes durablement dans leur santé psychique (selon des estimations datant de 2010, la Coraasp fédère plus de 4700 personnes souffrant de troubles psychiques). La nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par les psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins concerne de près les personnes qui sont accueillies dans les associations membres de la Coraasp.</p> <p>A noter que lors de son assemblée générale du 21 juin 2018, les membres de la Coraasp avaient décidé de soutenir la pétition engagée par les psychologues-psychothérapeutes afin de faire reconnaître leurs prestations selon le principe de la prescription médicale. Voir le communiqué de presse ici. La réponse ci-après par le comité de la Coraasp s'inscrit donc dans la cohérence de ce soutien de l'ensemble de nos membres.</p> <p>La Coraasp partage pleinement les considérations du rapport (p. 6), sur le fait qu'il y a aujourd'hui encore une forte stigmatisation du recours aux soins psychiatriques et que cette stigmatisation est susceptible d'avoir un impact négatif sur la santé des personnes, par un recours trop tardif au soin par exemple. Soulignons en outre qu'un recours tardif au soin est susceptible d'engendrer des coûts supplémentaires.</p> <p>Il n'est pas rare dans nos organisations d'accueillir des personnes qui traversent un premier trouble psychique sérieux. Pour certaines d'entre elles, franchir la porte d'une de nos associations n'est déjà pas aisé mais l'idée même de consulter un/e psychiatre ou une consultation psychiatrique est tout simplement impensable, parce qu'il s'agit d'une démarche encore fortement connotée négativement dans les représentations populaires.</p> |

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

| | |
|--|--|
| | <p>En outre, nous observons également, dans certaines situations et certains contextes régionaux par exemple, que les personnes en situation de crise psychique sont confrontées à des délais d'attente avant de pouvoir bénéficier d'une consultation psychiatrique. Dans ce sens, nous plaillons donc pour une amélioration de l'accès à une prise en charge et une offre de prestations qui intègre un cercle plus large de spécialistes en santé psychique, tels que les psychologues-psychothérapeutes formés et certifiés.</p> |
| <p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.CORAASP</p> | <p>Partie générale : Chapitre 2 : Grandes lignes de la nouvelle réglementation – 2.1 Objectif de la nouvelle réglementation</p> <p>La Coraasp soutient pleinement les axes principaux de la nouvelle réglementation, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le passage du modèle de délégation au modèle de prescription pour la prise en charge par l'AOS des psychothérapies pratiquées par des psychologues-psychothérapeutes - La possibilité de la prescription par les médecins de premier recours <p>A l'appui de ce soutien, la Coraasp souligne l'importance d'un accès aux soins spécialisés en santé psychique potentiellement moins stigmatisant que le recours aux psychiatres (voir remarque point précédent) de même qu'un élargissement de l'offre de soins pour faciliter l'intervention précoce et la prise en charge la plus adaptée possible. En outre, l'expérience montre également que le médecin de famille, médecin de premier recours, est souvent le premier et principal interlocuteur médical dans bon nombre de situations. Qu'il s'agisse d'une première crise psychique ou d'un trouble psychique plus durable, il n'est pas rare que celui ou celle qui accompagne la personne au quotidien soit le médecin de famille. Il est donc important qu'il/elle puisse, avec le patient, choisir la meilleure option de soin psychique spécialisé, qu'il s'agisse d'un recours à un psychiatre ou à un psychologue-psychothérapeute. Pour la Coraasp, il ne s'agit pas d'opposer l'un à l'autre ou de remplacer les prestations des psychiatres par celles des psychologues-psychothérapeutes, mais bien de pouvoir choisir la meilleure option en fonction des besoins du patient. Pour les personnes souffrant de troubles psychiques au long cours, le lien qui se tisse avec le/la thérapeute est primordial. Il faut savoir que le recours à un psychiatre installé dans un cabinet, dans l'idée d'une prise en charge au long cours, est difficile d'accès (liste d'attente). Les personnes doivent donc bien souvent passer par la consultation psychiatrique ambulatoire publique régionale où les psychiatres changent régulièrement (tous les ans voire même tous les 6 mois). Ceci est un obstacle pour bon nombre de patients pour qui le changement régulier de thérapeute est clairement un facteur de stress et de fragilisation, potentiellement un obstacle à un rétablissement plus rapide du patient.</p> |
| <p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p> | |

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) |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Coraasp | 50c | 1 | c | <p>Pour la Coraasp, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. Nous adhérons également à l'argument du Conseil fédéral, selon lequel une expérience au sein d'équipes interprofessionnelles et la confrontation à un large éventail de troubles sont un préalable essentiel au traitement des maladies dans le cadre de la LAMal. Nous nous interrogeons toutefois sur la pertinence d'exiger l'expérience clinique de 12 mois <u>après</u> la formation postgrade. Nous sommes favorables à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade.</p> <p>Par ailleurs, le fait que cette pratique clinique de 12 mois doive être effectuée sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie nous paraît trop restrictif.</p> | c. avoir acquis, pendant ou après l'obtention de leur titre postgrade, une expérience clinique de douze mois au sein d'un établissement [...] sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Coraasp | 50c | 1 | d (nouveau) | <p>Compétences linguistiques</p> <p>La psychothérapie est une forme de thérapie qui repose sur l'expression orale. Par conséquent, des compétences linguistiques insuffisantes constituent une menace pour le succès de la thérapie. Tout comme la FSP, la Coraasp demande que les compétences linguistiques soient intégrées</p> | d. pouvoir justifier des connaissances nécessaires dans la langue officielle de la région dans laquelle la demande d'admission est déposée (niveau C1 du cadre de référence européen) |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | à l'ordonnance comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger. | |
|--|--|--|--|---|--|

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) |
|--|--------------------|---|---|
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.CORAASP | 2, al. 1, let b | <p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>La Coraasp partage la volonté du Conseil fédéral de favoriser la garantie de la qualité et l'adéquation de la fourniture des prestations. La proposition d'introduire un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final ne va cependant pas dans ce sens à nos yeux. Si d'un point de vue médical la notion de diagnostic a sa raison d'être, dans le domaine de la santé psychique la question du diagnostic est complexe et ne doit pas être déterminante pour la pertinence d'entamer une démarche thérapeutique. Un trouble psychique qui se manifeste par des symptômes dépressifs, par exemple suite à la perte d'un emploi ou un deuil, ne signifie pas nécessairement l'existence d'une dépression. Par contre, il est important que la personne puisse être suivie par une démarche thérapeutique indépendamment du diagnostic potentiellement justement pour éviter que le trouble n'évolue en dépression plus durable. Par ailleurs, les personnes atteintes dans leur santé psychique qui se voient poser un (ou plusieurs) diagnostics relèvent que cela peut soulager dans un premier temps de mettre un mot sur un trouble. Mais ils et elles relèvent aussi combien le diagnostic enferme les personnes qui finissent parfois par s'identifier au-travers de leur diagnostic. Donc envisager dans la loi la nécessité de poser un diagnostic au départ, en cours de thérapie et à la fin nous paraît, eu égard à ces éléments, hautement contreproductif.</p> | <p>Biffer l'art. 2, al. 1, let. B.</p> <p>B. elle comprend un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final.</p> |

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

| | | | |
|--|-------------------------|---|---|
| <p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.Coraasp</p> | <p align="center">3</p> | <p>Prise en charge de 30 séances et limitation de la durée des séances</p> <p>La Coraasp n'adhère pas à la proposition de prise en charge de 30 séances.</p> <p>La rédaction du rapport prévu après 30 séances générerait une charge de travail disproportionnée pour l'ensemble des acteurs (fournisseurs de prestations, caisse, patient). Comme le mentionne la FSP, la pratique (avec les assurances privées) a démontré que les patients ne font pas usage d'une prescription quand ils n'en ont pas besoin.</p> <p>Même si nous comprenons bien la volonté du Conseil fédéral d'avoir un cadre adapté à une gestion efficace des coûts, la production de rapports risque d'aller à contre-courant de l'objectif visé par le Conseil fédéral. Il est important que les thérapeutes puissent se consacrer prioritairement à la démarche thérapeutique et subsidiairement aux nécessités administratives. Nombreux sont les patients qui déplorent aujourd'hui l'augmentation du temps administratif qui incombe aux professionnels de la santé au détriment de l'accompagnement du patient.</p> <p>Une limitation de la durée des séances à 60 minutes pour les thérapies individuelles et à 90 minutes pour les thérapies de groupe n'est pas indiquée, car elle rendrait impossible des formes de traitement importantes, notamment les interventions en cas de crise, les investigations concernant les enfants et les adolescents, l'exposition en cas de phobies, les psychothérapies avec l'assistance d'un interprète, etc. La prise en charge des catégories de personnes particulièrement vulnérables s'en trouverait compliquée.</p> | <p>L'assurance prend en charge les coûts pour un maximum de 40 séances diagnostiques et thérapeutiques d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe. L'article 3b est réservé.</p> |
|--|-------------------------|---|---|

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Par conséquent, les exigences relatives à la durée des séances ne doivent pas être réglées par voie d'ordonnance et nous demandons la suppression de la durée proposée des séances pour les thérapies individuelles et de groupe. Celle-ci doit être fixée dans les conventions tarifaires, autrement dit par le biais de la tarification. Cf. suppression du passage concernant la durée des séances à l'art. 11B, al. 2 et 3.</p> <p>La Coraasp tient en outre à relever l'importance de la cohérence entre la révision de l'OAMAL et de l'OPAS pour la prise en charge des prestations fournies par les psychologues-psychothérapeutes et le développement continu de l'AI. Cette révision de l'AI, actuellement en cours d'examen au Parlement fédéral, vise justement à renforcer les mesures destinées aux personnes atteintes dans leur santé psychique dans le but d'éviter autant que faire se peut la « chronicisation » d'un trouble psychique avec ses conséquences potentielles sur la capacité de travail et de gain des personnes concernées. Comme nous l'avons mentionné dans les remarques générales, nous insistons sur l'importance de pouvoir recourir rapidement aux soins spécialisés en santé psychique. En outre, dans la perspective de pouvoir renforcer les ressources de la personne et éviter ou minimiser une « chronicisation » du trouble psychique, il nous paraît pertinent que les thérapeutes (psychologues-psychothérapeutes tout comme les psychiatres) puissent consacrer et concentrer leur énergie en priorité sur la démarche thérapeutique avant d'avoir à remplir des exigences administratives telles que la production de rapports par exemple. Ceci est nécessaire aussi dans le but visé par le développement continu de l'AI.</p> | |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|---|--|---|--|
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.CORAASP | 3b Titre et Al. 1 Phrase introductive | Cf. justification concernant l'art. 3 | Procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 40 séances Pour que, après 40 séances, l'assurance continue de prendre en charge les coûts [...] |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.CORAASP | 11b, al.1, let b | Interventions en cas de crise Les interventions en cas de crise sont sans rapport avec les thérapies de courte durée. Une crise peut être déclenchée, non seulement par une maladie somatique, mais aussi par un trouble psychique. Par conséquent, la restriction aux crises d'origine somatique est inappropriée. Il convient donc de biffer l'adjectif «somatique». La Coraasp soutient la proposition concernant la possibilité d'élargir la compétence de prescription aux médecins de toute spécialité pour les interventions en cas de crise, qui va dans le sens d'une suppression des obstacles à la prise en charge. Cela améliore clairement l'accès à la psychothérapie. Il reste néanmoins à définir plus précisément ce que l'on entend par « situation de crise ». | s'agissant des prestations fournies dans le cadre d'interventions en cas de crise ou de thérapies de courte durée pour des patients atteints de maladies somatiques graves, en cas de nouveau diagnostic ou d'une situation mettant la vie en danger , par un médecin titulaire d'un titre postgrade visé à la let. a ou d'un autre titre postgrade. |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.Coraasp | 11b, al.2 | Limitation à 15 séances La limitation à 15 séances nous paraît contreproductive, car coûteuse et inutile. L'inégalité de traitement par rapport aux psychothérapeutes-médecins ne nous paraît pas justifiée et aller à l'encontre même de la volonté exprimée au travers de la finalité voulue par le Conseil fédéral au travers des modifications OAMAL et OPAS dont il est question ici. Elle entraîne une surcharge | Demande de suppression de l'alinéa: Pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, l'assurance prend en charge, par prescription médicale, les coûts de 15 séances au plus, d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie 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

| | | | |
|--|------------|---|--|
| | | administrative, au détriment des patients et de la thérapie. Une telle restriction rend impossible la prise en charge de personnes atteintes de troubles chroniques graves. Comme nous l'avons exprimé dans le chapitre 2 des remarques générales, l'importance du lien qui se tisse avec le thérapeute est déterminant pour bon nombre de personnes affectées durablement dans leur santé psychique. Et ce lien ne se construit pas du jour au lendemain. Il faut du temps. Cette limitation envisagée détériore l'accès à la psychothérapie au lieu de l'améliorer. Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances. | |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | 11b, al. 4 | Il doit avoir égalité de traitement entre le médecin qui assure une psychothérapie et le psychologue-psychothérapeute qui assure une psychothérapie. Le rapport doit être rédigé et présenté conformément à l'art. 11, al. 5. | Demande de suppression de l'alinéa: Le psychologue-psychothérapeute rédige, avant l'échéance des séances prescrites, un rapport à l'intention du médecin qui prescrit la thérapie. |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | 11b, al. 5 | Les rapports après 40 séances doivent être rédigés par le psychothérapeute en charge du cas et non par le médecin prescripteur. C'est le professionnel qui assure la démarche thérapeutique qui doit rendre compte en charge du cas et non par le médecin prescripteur. Toute autre exigence est inappropriée. | Si, pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, la psychothérapie doit être poursuivie après 40 séances, la procédure prévue à l'art. 3b est applicable par analogie; la demande est formulée par le médecin prescripteur, le rapport est rédigé par le psychothérapeute. |

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

Zürcher Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte
Prof. Dr. med. Stefan Büchi

Privatklinik Hohenegg

Hohenegg 4, 8706 Meilen

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 Anordnungen 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 Zürcher Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC) 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 ZVPC 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

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

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

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

- Die ZVPC 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

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».

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**

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

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».

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

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

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

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

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

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

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

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

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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

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

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

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

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

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

Art. 46 Im Allgemeinen

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

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

Wir lehnen Art. 46 g. ab

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

Begründung

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

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

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

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

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

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

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

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer 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 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 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 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 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

Prof. Dr. med. Stefan Büchi
Präsident ZVPC


Dr. med. Markus Baumgartner
Vizepräsident ZVPC

Vorstandmitglieder

Dr. med. René Bridler, Ärztlicher Direktor, Sanatorium Kilchberg AG

Prof. Dr. med. Urs Hepp, Ärztlicher Direktor, Integrierte Psychiatrie Winterthur

Prof. Dr. med. Paul Hoff, Chefarzt, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Prof. Dr. med. Gabriella Milos, Leitende Ärztin, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, USZ

Dr. med. Dagmar Pauli, Chefärztin Poliklinik, Kinder und Jugendpsychiatrischer Dienst Kt. Zürich

Prof. Dr. med. Michael Rufer, Stv. Klinikdirektor, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Dr. med. Michael Braunschweig, Chefarzt, Psychiatrisch-Psychologischer Dienst, Amt für Justizvollzug

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Europäische Föderation für Psychoanalytische Psychotherapie Deutsche Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : EFPP CH

Adresse : Gartenhofstrasse 1, 8004 Zürich

Kontaktperson : Maria Teresa Diez Grieser (Präsidentin)

Telefon : 044 291 47 59

E-Mail : mtdiez@bluewin.ch

Datum : 9.10.2019

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 ; geve@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 |
| EFPP CH | <p>Die EFPP Deutsche Schweiz bedankt sich beim Bundesrat für die Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV;SR832.112.31). Es ist allerdings bedauerlich, dass die verantwortlichen Organisationen der Weiterbildung für Psychotherapie in der Vernehmlassung nicht miteinbezogen worden sind, da die Verordnung die Weiterbildung direkt betrifft (zusätzlich gefordertes klinisches Jahr).</p> <p>Grundsätzlich sind eine Aufhebung der Delegation und eine Anordnung einer psychologischen Psychotherapie mit anschließender Eigenverantwortlichkeit der Psycholog*innen zu begrüßen. Hierdurch wird die Kompetenz der Psycholog*innen als Leistungserbringer und eigenverantwortliche Subjekte gewürdigt, während zuvor im Delegationsmodell für die Psycholog*innen der Status des Hilfspersonals bestand und die Verantwortung für die Behandlung beim delegierenden Arzt lag.</p> <p>Das Delegationsmodell war ursprünglich als Provisorium konzipiert, die Aufhebung und Neukonzeption sind demnach folgerichtig.</p> <p>Die Zielsetzung, den Zugang zur Psychotherapie für die Bevölkerung zu erleichtern, unterstützen wir. Es ist notwendig und sinnvoll, dass für Patient*innen eine bessere psychotherapeutische Versorgung gewährleistet wird. Eine einmalige fachärztliche Anordnung an eine Psychotherapeut*in im Sinne einer Zuweisung legt eine gute Basis für die genannte Zielsetzung. Psycholog*innen mit einem anerkannten Weiterbildungstitel in Psychotherapie sollen ihre Leistungen selbständig und in eigener Verantwortung erbringen und diese direkt mit der Grundversicherung abrechnen können.</p> <p>Allerdings haben wir Bedenken, ob das vorliegende Anordnungsmodell dies tatsächlich nachhaltig und auf einem genügend hohen Qualitätsniveau ermöglichen wird.</p> |
| EFPP CH | <p>Der vorliegende Entwurf formuliert eine Vermischung von strukturellen und therapeutischen Voraussetzungen, welche einer qualifizierten, nachhaltig wirkenden Psychotherapie entgegenwirkt. Der Vorschlag, bereits nach 15 Behandlungssitzungen Auskünfte zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zuhanden der Krankenkassen weiterzugeben, ist mit verschiedenen zentralen Aspekten, welche die Behandlung von psychisch Erkrankten betreffen, nicht vereinbar. Insbesondere möchten wir hier auf zielgruppen- sowie methodenspezifische Aspekte verweisen.</p> <p>Psychisch erkrankte Menschen benötigen Zeit, um sich auf eine psychotherapeutische Behandlung einzulassen; erst nachdem eine Vertrauensbeziehung aufgebaut worden ist, können problematische Persönlichkeitsanteile bearbeitet werden. Um Menschen mit strukturellen Störungen und / oder traumatischen Erfahrungen fachgerecht unterstützen zu können, braucht es in allen Fällen mehr als 15 Sitzungen. Die bestehende Regelung, wonach nach 40 Behandlungssitzungen eine Berichterstattung erfolgte, hat sich bewährt und es ist nicht nachvollziehbar, weshalb dies geändert werden sollte.</p> <p>Es ist bekannt, dass in der Schweiz im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie eine ungenügende Versorgung vorliegt, weshalb es besonders wichtig ist, dass wir für diese Bevölkerungsgruppe den Zugang zur Psychotherapie erleichtern; eine fachgerechte Abklärung eines Kindes oder Jugendlichen beinhaltet stets</p> |

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

| | |
|---------|---|
| | <p>eine intensive und sorgfältige Zusammenarbeit mit dem Umfeld (Familie, Schule, familienergänzende Angebote, behandelnde Fachstellen), weshalb im Normalfall 6-10 Sitzungen nötig sind, um eine klare Diagnose und Indikation stellen zu können. Eine Berichterstattung nach 15 Sitzungen ist für diese Zielgruppe ebenfalls nicht zielführend.</p> <p>Die psychoanalytische Psychotherapie ist eine anerkannte und wirksame Behandlungsform für psychische Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass diese Methode, die längere Behandlungen für spezifische Gruppen vorsieht, effektiver und wirtschaftlicher als kürzere Behandlungsformen ist. Die Anzahl der angeordneten Psychotherapiestunden muss dieser Tatsache Rechnung tragen, weshalb aus psychoanalytisch-psychotherapeutischer Sicht eine Einschätzung nach 15 Behandlungssitzungen unsinnig ist. Auch hier hat sich die bestehende Regelung, dies nach 40 Sitzungen zu machen, bewährt. Psychoanalytische Behandlungen finden je nach Kontext und psychischer Erkrankung in verschiedenen Settings statt; Familien- und Gruppentherapien sind ergänzend oder auch als einzelne Behandlungsformen wirksam, wissenschaftlich und wirtschaftlich. Für solche Settings ist eine Begrenzung der Therapiesitzung auf 60 Minuten fragwürdig. Gegenüber der alten Regelung stellt der neue Entwurf ausserdem eine Kürzung der genehmigten Anzahl von 40 auf 30 Sitzungen und eine Verkürzung der maximalen Dauer einer Therapiesitzung auf 60 Minuten in Aussicht. Dies ist ein massiver Eingriff, der sowohl die ärztliche als auch die psychologische Psychotherapie betrifft und den wir ablehnen.</p> |
| EFPP CH | Die Forderung nach einem zusätzlichen klinischen Jahr steht im Widerspruch zum PsyG resp. zur <i>Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe</i> . Dort wurde klar definiert, welchen Umfang eine Weiterbildung zur Erreichung des eidg. Weiterbildungstitels notwendig hat. Wenn nun ein zusätzliches Jahr gefordert wird, diskreditiert dies das PsyG, die entsprechenden Verordnungen und somit auch alle verantwortlichen Organisationen. |
| EFPP CH | Im Folgenden möchten wir aus den oben skizzierten Gründen dafür plädieren, dass im Verordnungsentwurf Änderungen vorgenommen 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 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|--|-----------------------|------|------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| EFPP CH | 50c | 1 | c | Klinische Erfahrung: Im Rahmen der Weiterbildung an den jeweiligen Instituten absolviert ein grosser Teil der Psycholog*innen bereits ein klinisches Jahr. Die Forderung, dass dieses Jahr NACH Abschluss der Weiterbildung erfolgen soll, steht im Widerspruch mit dem PsyG. | Artikel 50c ganz streichen, da Weiterbildung via PsyG und die entsprechenden Verordnungen bereits geregelt ist. |
| EFPP CH | Übergangsbestimmungen | | | Sowohl für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung als auch für Personen, die bisher im Angestelltenverhältnis psychotherapeutisch tätig waren, muss eine Besitzstandswahrung gelten. | Ergänzung der Übergangsbestimmungen wie folgt: „Die Versicherungen übernehmen die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis eine Tarifvereinbarung zum Anordnungsmodell in Kraft getreten ist.“ |
| EFPP CH | 2 | 1 | b | Diagnostik: Die Einstiegs-, Verlaufs-, und Erfolgsdiagnostik soll methodenspezifisch sein und die Charakteristik der Zielgruppe und das Setting berücksichtigen. Es ist sinnvoll, wenn die jeweiligen psychotherapeutischen Weiterbildungsinstitute die entsprechenden Instrumente definieren und die Weiterzubildenden befähigen, diese adäquat einzusetzen. Wir möchten hier darauf verweisen, dass es keine validierte Erfolgsdiagnostik von psychotherapeutischen Behandlungen gibt. Es gibt jedoch verschiedene Möglichkeiten der Qualitätssicherung, die | „Sie umfasst eine Einstiegs- und Verlaufsdagnostik, sowie eine Erfassung der Therapieeffekte mit validierten Instrumenten, die sich an den jeweiligen empirisch anerkannten Therapiemethoden (psychoanalytisch, systemisch und kognitiv-verhaltenstherapeutisch) orientieren.“ |

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

| | | | | | |
|---------|-----|-----|--|--|--|
| | | | | sinnvoll angewendet werden können. Wir plädieren deshalb für den Ersatz des Begriffs „Erfolgsdiagnostik“ durch den Begriff der „Erfassung von Therapieeffekten“. | |
| EFPP CH | 3 | | | <p>Anzahl der Sitzungen:</p> <p>Es sollte an der bisher bewährten Anzahl von 40 Sitzungen festgehalten werden, die sich in der Praxis und in der Psychotherapieforschung als Richtwert bewährt hat (siehe 1 & 2).</p> <p>Dauer der Sitzungen:</p> <p>Die Beschränkung der Sitzungsdauer bei Einzelsitzungen ist unsachgemäss und steht in klarem Widerspruch zu den Anforderungen des PsyG (Art. 5, Abs. 2, Buchstaben c und f), welches „interdisziplinäre Zusammenarbeit“ und „Einbezug von Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens“ verlangt. Besonders unsinnig ist die zeitliche Beschränkung im Kinder- und Jugendlichenbereich, der - wie die Forschung zeigt – dann wirksam ist, wenn genügend intensiv mit dem Umfeld gearbeitet wird (siehe 3). Ausserdem sind verschiedene Modalitäten, die als wissenschaftlich und wirksam gelten (Paar- und Familientherapie, Gruppentherapie), zu berücksichtigen.</p> <p>Um den beschriebenen Patientengruppen und Modalitäten gerecht zu werden, müssen die bisherigen zeitlichen Rahmenbedingungen beibehalten werden.</p> | „Die Versicherung übernimmt die Kosten für 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer bis zu 90 Minuten bei Einzelsitzungen, 105 Minuten für Paar-, Familien- und Gruppentherapie. Artikel 3b bleibt vorbehalten.“ |
| EFPP CH | 11b | 2,4 | | Eine Erneuerung der ärztlichen Anordnung nach 15 Sitzungen ist sowohl aus fachlicher als auch aus prozeduraler Perspektive nicht zielführend. | <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Vor Ablauf von 40 Sitzungen Psychotherapie erstattet der / die behandelnde Psychotherapeutin</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Studien zeigen klar, dass mit 15 Sitzungen Psychotherapie keine nachhaltigen Veränderungen psychischer Störungen möglich sind (siehe 4).</p> <p>Wir plädieren für eine einmalige ärztliche Anordnung durch Fachärzt*innen mit entsprechenden Kompetenzen (Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychosoziale Medizin, Fähigkeitsausweis zur Anordnung) zur Einleitung der Therapie. Nach 40 Behandlungssitzungen sollte der Bericht an die Vertrauensärzt*in der Krankenkasse durch die behandelnde Psychotherapeut*in erfolgen.</p> | / Psychotherapeut dem / der Vertrauensärzt/in der Krankenkasse Bericht, wenn eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie besteht.“ |
| | | | | | |
| | | | | | |

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 Sieber, M. (2015). Dauer und Beendigung von Psychotherapien. Leading Opinions, 10.12.2015

2 Voderholzer, U. & Barton, B. (2016): Langfristige Wirkung von Psychotherapie bei nichtchronischen Depressionen: Ein systematisches Review von Studien im Vergleich mit Pharmakotherapie. Verhaltenstherapie, 26, 108-115.

3 Weisz et al. (2017). What five Decades of Research Tell Us About the Effects of Youth Psychological Therapy: A Multilevel Meta-Analysis and Implications for Science and Practice. American Psychologist, 72(2), 79-117.

4 Leuzinger-Bohleber et al. (2019). Psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeitbehandlung chronisch depressiver Patienten bei randomisierter oder präferierter Zuweisung. Ergebnisse der LAC-Studie, Psyche- Z für Psychoanal, 73, 02, 77-105.

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 : Association ESPRIT SAGE-FEMME

Abréviation de l'entreprise / organisation : ESF

Adresse : Rue du Village 5

Personne de référence : Claire AJOUBAIR

Téléphone : 078 / 884 84 19

Courriel : claire.ajoubair@gmail.com

Date : 11.09.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 17.10.2019 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 |
| ESF | <p>ESPRIT SAGE-FEMME (ESF) est une association professionnelle de Suisse romande et Tessin, regroupant les sages-femmes accoucheuses extra-hospitalières (SFAEH) à domicile et en petites maisons de naissance (MN), et assurant le suivi global avec une sage-femme par famille. Elle défend les intérêts des sages-femmes indépendantes (SFAEH) , directrices de MN et de notre clientèle.</p> <p>Nous souhaitons figurer à l'avenir sur les listes des professionnels en consultation, afin de défendre les intérêts et droits des minorités (suivi global dans le cadre d'un accouchement extra-hospitalier).</p> <p>Les SFAEH sont des spécialistes de terrain organisées garantissant la sécurité obstétrico–néonatale, l'autodétermination et la sécurité émotionnelle des parturientes dans le respect de leur intégrité et intimité.</p> <p>ESF a à coeur de transmettre et d'encadrer de ce savoir-faire auprès des sages-femmes qui souhaitent pratiquer cette spécificité après une pratique hospitalière, étrangère ou après l'obtention du bachelor sage-femme.</p> <p>Nous avons examiné le document soumis à la consultation et soutenons les arguments décrits par la FSSF.</p> <p>Toutefois nous les complétons comme suit :</p> |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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) |
| ESF | 45 | 1 | let a,b, ch 1 – 4 c | <p>Comme la FSSF, il nous paraît important qu'à l'avenir, tous les nouveaux, anciens et articles abrogés soient clairement mentionnés pour la consultation..</p> <p>Nous avons également complété la retranscription de la FSSF dans l'ensemble de l'article de loi en VERT.</p> <p>Raison pour laquelle, nous soutenons :</p> <p>A propos du point 2 Que les maisons et les cabinets de naissance bénéficiant d'une autorisation cantonale soient désormais mentionnés.</p> <p>Puisque ces deux institutions ont soit un mandat légal de formation ou offrent des places de stages pour les étudiantes sages-femmes, il est indéniable que ces structures soient mentionnées pour confirmer l'habilitation au perfectionnement extra-hospitalier, des sages-femmes diplômées, durant leurs deux ans d'activités obligatoires.</p> <p>A propos du point 3: Nous approuvons l'abrogation prévue du chiffre 3 actuel.</p> <p>A propos du point 4: Devrait demeurer comme avant.</p> | <p>Les sages-femmes doivent:</p> <p>a. être titulaires d'un Bachelor of Science HES de sage-femme ou d'un diplôme reconnu équivalent selon l'art. 10 ou de l'art. 34, al. 3, de la loi du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (LPSan)</p> <p>b. avoir exercé à 100 % pendant deux ans une activité pratique, dont minimum un an en Suisse:</p> <p>1. en tant que collaboratrice ou assistante, auprès d'une sage-femme admise en vertu de la présente ordonnance ou</p> <p>2. dans la division d'obstétrique d'un hôpital, ou d'une maison ou d'un cabinet de naissance bénéficiant d'une autorisation cantonale, sous la direction d'une sage-femme remplissant les conditions d'admission de la présente ordonnance ou</p> <p>3. abrogé</p> <p>4. dans une organisation de sages-femmes sous la direction d'une sage-femme; admise en vertu de la présente ordonnance,</p> <p>c. disposer d'une autorisation cantonale selon l'art. 12 ou l'art. 34, al. 1, LPSan.</p> |

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

Abkürzung der Firma / Organisation : FG Ψ BL

Adresse : Praxismgemeinschaft Hohlegasse Hohlegasse 28 4102 Binningen

Kontaktperson : Dr. Manfred Buchberger

Telefon : 061 423 18 01

E-Mail : manfred.buchberger@hin.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 |
| Error! Reference source not found. | DIE FACHGRUPPE PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE BASELSTADT LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB. |
| Error! Reference source not found. | Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden. <i>Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, welche die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i> |
| Error! Reference source not found. | |
| Error! Reference source not found. | |
| Error! Reference source not found. | |

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|--|------|------|------|---|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| Error! Reference source not found. FG Ψ BL | 50 | 1 | c | <p>Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von <u>einem Jahr</u> in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B).</p> <p>Mit der heutigen Regelung verfügen viele psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar über gute theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen. Vor allem haben die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch keine Erfahrungen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Ein Arzt benötigt sechs Jahre der Weiterbildung, um die dafür notwendigen umfassenden Kompetenzen zu erwerben. Folglich werden sich die Psychologinnen und Psychologen in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren. In diesem Bereich werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots und damit einer Kostenausweitung sorgen, <u>ohne</u> entsprechende</p> | <p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 2 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Krankheitsspektrum).</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen, Kinder und Jugendliche).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, somatopsychische und psychosomatische Erkrankungen, praktische Erfahrungen in der Anwendung von Psychopharmaka und anderen Medikamenten, Arbeit mit Familien und Betreuung-/Beschulungssystemen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.</p> <p>Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung der bedürftigen Personengruppen wird nicht behoben werden, hingegen wird es</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>voraussichtlich zu einer Fehlversorgung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, in kürzeren Zeiträumen kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Im Altersbereich und Bereich der schwer erkrankten Personen ist häufig eine Erhaltung oder nur langsame Verschlechterung der verbliebenen Vermögen ein sinnvolles Therapieziel. Diese Patienten werden grosse Mühe haben, eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten, wenn „Erfolg“ durch Verbesserungen auf Skalen gemessen werden soll.</p> <p>Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen, 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, welche derzeit ohnehin mit immer grösseren Problemen in der Rekrutierung geeigneten ärztlichen Personals zu kämpfen haben, viele Psychologinnen und Psychologen verlieren. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p>Durch den Wegfall der bisherigen delegierten Psychotherapie und die zukünftig mangelnde</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Ausbildung in der Behandlung komplexer Fälle, werden auf längere Sicht diejenigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten für die Versorgung schwerer erkrankter Patienten fehlen, welche heute eng mit einem Psychiater/ einer Psychiaterin unter einem Dach mit regelmässigen Super- bzw. Intervisionen zusammenarbeiten und dadurch eine ständige Kompetenzerweiterung in der Versorgung schwerer erkrankter Patienten und Patientinnen erfahren und dadurch adäquat in der Lage sind, diese Patienten mitzuversorgen.</p> <p><i>FORDERUNG:</i> Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wie bereits früher schon, fordern wir eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf <u>zwei</u> Jahre in einer SIWF-anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut).</p> | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not | | | | | |

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | |
|--|--------------------|---|---|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| Error! Reference source not found. FG Ψ BL | 2, Abs. 1, Bst. B) | <p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig und nicht zielführend.</p> <p>Psychiaterinnen und Psychiater stellen Diagnosen mittels integraler klinischer Befunderhebung incl. Anamnese und Fremdanamnese, wozu bei Bedarf auch Fragebögen, Tests oder klinische Interviews hinzugezogen werden können, und nicht einseitig mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Es existieren keine geeigneten Instrumente, welche dem Anspruch gerecht werden, eine Diagnose zu sichern oder alleinig den Verlauf zu beurteilen. Hier bedarf es zwingend eines Gesamturteils, welches alle Aspekte miteinbezieht und gegeneinander abwägt.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden auch gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapie-methoden sind Fragebögen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat. Speziell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind derlei Messinstrumente ohnehin wenig geeignet und aussagekräftig, da hier auch das Urteil der beteiligten Erwachsenen eine bedeutende Rolle spielt.</p> | <p>STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie</p> |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, dürfte doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden präferieren. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Einmal mehr ist zu befürchten, dass gerade die schwerkranken und dauerhaft behinderten Patienten, bei welchen sich kaum oder keine Verbesserungen abbilden lassen, benachteiligt werden. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen. In der somatischen Medizin werden auch keine diagnostischen Instrumente vorgeschrieben, da man vertrauensvoll davon ausgehen kann und darf, dass Ärzte und Ärztinnen solche selbstverständlich verwenden, wenn sie deren bedürfen, sie aber auch nicht anwenden, wenn nicht notwendig oder sinnvoll.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert, welche Konsequenzen diese haben werden und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin</p> | |
|--|--|---|--|

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen und welche Konsequenzen sich daraus ergäben. Dieser Punkt ist extrem heikel, da sich, sollten die Daten zur Beurteilung einer Verlängerung der Kostengutsprache verwendet werden, nicht absehbare Vor- und Nachteile für bestimmte Patientengruppen ergäben. Bei einem möglichen Vergleich von Einzelpraxen im Sinne eines Benchmarking bestünde die Gefahr einer positiven Patientenselektion und Benachteiligung von Ärzten, welche sich um Patientinnen kümmern, welche sich nicht in einem gewünschten Sinne auf entsprechenden Skalen abbilden lassen, z.B. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen, welche mehr als junge Menschen mit Ressourcen und gutem Verbesserungspotential der ärztlichen Behandlung, Betreuung und Fürsorge bedürften. Psychiatrische Behandlung ist in vielen Fällen Langzeitbehandlung bis zum Tod. Hier spielen skalierbare quantifizierende Instrumente zur Verlaufsbeurteilung nur eine sehr marginale Rolle</p> <p>Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde</p> | |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|---|--------|--|---|
| | | <p>letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> <p>Sollte die Forderung nach Messinstrumenten der Einschränkung einer befürchteten Mengenausweitung dienen, so ist diese bei ärztlichen Psychotherapeuten, welche ohnehin unter Nachwuchssorgen leiden, nicht nötig. Im Gegenteil könnten solche unnötigen und als sinnlos erlebten administrativen Eingriffe in die Behandlungsfreiheit junge Kollegen und Kolleginnen zusätzlich davon abhalten, den Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie anzustreben.</p> <p><i>FORDERUNG: Die FG Ψ BL fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</i></p> | |
| Error! Reference source not found. | Art. 3 | <p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der Verordnungsänderung zu erwartenden Mengenausweitung als Argument einer kostendämpfenden Massnahme zu dienen. Ein Psychiater/ eine Psychiaterin arbeitet nicht weniger oder mehr, wenn er oder sie nach 30 Stunden bereits einen Antrag stellen muss. Die abrechenbaren Stunden bleiben gleich, nur die mit dem Patienten/der Patientin verbrachte Zeit verringert sich, da mehr Zeit in die Berichtschreibung fliesst. Der Beruf wird durch die zusätzliche administrative Last erneut unattraktiver, ein Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. -zahler ist nicht erkennbar.</p> | <p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p> |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken und sind eine Beeinträchtigung für die Therapie (Stichworte Vertrauensbildung und Sicherheit).</p> <p><i>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen. Bestimmte Therapiemethoden (z.B. Traumabehandlungen, Konfrontation, Einbezug eines Angehörigen u.a.) oder bestimmte Situationen (z.B. häufig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo oft zahlreiche Beteiligte aus dem System miteinander interagieren müssen) bedürfen längerer Zeiteinheiten. Eine Dauer von 75 min ist nicht selten heute bereits zu knapp bemessen.</p> | |
|--|--|---|--|

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

| | | | |
|---|----------------------|---|---|
| | | <p>Eine Maximaldauer in der Psychotherapie festzulegen (ausser bei Kriseninterventionen) erscheint grundsätzlich sinnvoll, sie sollte aber so bemessen sein, dass man innerhalb dieser Zeit angemessen arbeiten kann und nicht unter Zeitdruck kommt, was sich kontraproduktiv auf das Ergebnis auswirken könnte (so wie es im somatischen Bereich wenig sinnvoll erschiene, z.B. Operationszeiten knapp zu limitieren, da man auch dort um des Ergebnisses willen genügend Zeit und Ruhe zum arbeiten benötigt).</p> <p>Auch hier wird einer befürchteten Mengenausweitung nicht wirksam entgegnet, da sich ein Arbeitstag eines psychotherapeutischen Leistungserbringers nicht verkürzt oder verlängert, wenn Behandlungseinheiten limitiert werden.</p> <p>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</p> | |
| Error! Reference source not found. | Art. 11b, Bst. A. | <p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die anordnende Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können und er/sie muss die ärztliche Verantwortung dafür voll tragen können.</p> | <p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit</p> |

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

| | | | |
|---|-----------------------------------|---|---|
| | | <p>FORDERUNG: Die FG ΨBL verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</p> <p>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die FG ΨBL die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</p> | <p>einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p> |
| Error! Reference source not found. | Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5 | <p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen</p> <p>«Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht... der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin»</p> <p>Wie kann die Ärztin, der Arzt objektiv urteilen ohne Einbezug in die Therapie? Wie kann sie oder er urteilen ohne vertiefte Kenntnisse bzw. ohne entsprechende Erfahrung und Ausbildung in der Behandlung von 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?</p> | |

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

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | 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. | |
| Error! Reference source not found. | | | |
| Error! Reference source not found. | | | |
| Error! Reference source not found. | | | |
| Error! Reference source not found. | | | |
| Error! Reference source not found. | | | |

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie Baselland: Unterorganisation niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater/-innen (Dr. med. N. Loeliger; Dr. med. H. Malach).

Abkürzung der Firma / Organisation : FG Ψ BL: niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater/-innen BL

Adresse : Praxismgemeinschaft Neuland, Schützenstrasse 6, 4410 Liestal; Henry Malach: Kasernenstrasse 41, 4410 Liestal

Kontaktperson : Dr. med. Nadine Loeliger

Telefon : 079 935 59 04

E-Mail : n.loeliger@praxisneuland.ch

Datum : 07.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

| Allgemeine Bemerkungen | |
|---|---|
| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
| Error! Reference source not found. | DIE FACHGRUPPE PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE BASELSTADT, UNTERORGANISATION DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER/-INNEN, NAMENTLICH DR. MED. N. LOELIGER UND DR. MED. H. MALACH, LEHNEN DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB. |
| Error! Reference source not found. | <p>Gerade im Bereich der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, in dem eine eklatante medizinische Minderversorgung herrscht, haben die vorgesehenen Änderungen gravierende Auswirkungen. Diese betreffen sowohl die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne wie auch die psychologische Psychotherapie im Rahmen der OKP, welche zukünftig im Anordnungsmodell erfolgen soll. Nur mit Einbezug und Mitsprache der Fachexperten, welche Einblick in die komplexen Entwicklungsabläufe der Kinder und Jugendlichen haben, können nachhaltige Lösungen gefunden werden.</p> <p><i>Kinder- und Jugendpsychiater/-innen fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, welche die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i></p> |
| Error! Reference source not found. | |
| Error! Reference source not found. | |
| Error! Reference source not found. | |

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| Error! Reference source not found. FG Ψ BL Kinder- und Jugend- psychiatrer/ -innen aus der Praxis | 50 | 1 | c | Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten Im Delegationsmodell unterliegen die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Aufsicht und Verantwortlichkeit des ärztlichen Behandlers, welcher – rechtlich haftend – diese ortsnah in den eigenen Räumlichkeiten durchführt, die wissenschaftliche Wirksamkeit überwacht, stets das differentialdiagnostische Denken präsent hat und für Kriseninterventionen sowie Einschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung zeitnah zur Verfügung steht. Diese Aufsicht und die Möglichkeit der situativen Ausgestaltung der Aufsichtspflicht je nach Kompetenz und Erfahrung des psychologischen Psychotherapeuten sind im Anordnungsmodell nicht mehr gewährleistet. Die Anforderungen an psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in eigener Praxis steigen erheblich und bedingen eine breite und vertiefte klinische Erfahrung, auch in Notfall- und Krisensituationen. Der Ausbildungsstand und die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können nach Weiterbildungsabschluss sehr heterogen sein, gerade im Bereich Kinder und Jugendliche kann das differentialdiagnostische Denken im Rahmen komplexer Entwicklungsprozesse, welches auch | ...eine klinische Erfahrung von allermindestens 2 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten kinder- und jugendpsychiatrisch-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**

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>somatische Komponenten beinhaltet, darum wenig geschult sein. Es besteht somit u. a. die Gefahr, dass Krankheitsbilder diagnostisch falsch eingeschätzt werden und dadurch chronifizieren, was sich gerade bei Kindern und Jugendlichen verheerend auswirken kann.</p> <p><i>FORDERUNG: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wir fordern eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf allermindestens <u>zwei</u> Jahre in einer SIWF- anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut).</i></p> | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | |
|--|-------------------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| Error! Reference source not found. FG Ψ BL Kinder- und Jugend- psychiatrer/ -innen aus der Praxis | Art. 2, Abs. 1 | <p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unnötig und nicht zielführend.</p> <p>Die Anwendung von validierten Instrumenten, welche als Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik eingesetzt werden sollen, ist bei Kindern und Jugendlichen um ein Vielfaches schwieriger und anspruchsvoller aufgrund der sowohl durch das Entwicklungsalter als auch die Störungsbilder nur eingeschränkt gegebenen Fähigkeit der Selbstauskunft, es fliessen auch viele Fremdmeinungen ein. Geeignete validierte Instrumente, woraus sich ein Psychotherapiebedarf, eine Psychotherapiemotivation oder -fähigkeit bei Kindern und Jugendlichen ableiten liessen, existieren überhaupt nicht. Die eingesetzten Fragebogen und Tests sind im Bereich der Kinder und Jugendlichen alters- und entwicklungsadaptiert, weshalb die Entwicklung von validierten und vergleichbaren Instrumenten hier ungemein aufwändiger ist. Die bis jetzt eingesetzten Fragebogen sind in ihrer Aussagekraft ausserdem begrenzt, und ihre kontextuelle Interpretation erfordert ein hohes Mass an klinischer Erfahrung und Kompetenz. Entwicklungsaspekte bei Kindern und Jugendlichen und die Abhängigkeit von elterlichen, sozialen und schulischen Strukturen dürfen nicht ausser Acht gelassen werden. Kleine Änderungen in</p> | STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1 für die ärztliche Psychotherapie |

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

| | | | |
|---|--------|---|---|
| | | <p>diesen Systemen bedingen manchmal grosse und rasche Änderungen im sogenannten «Erfolg». Die psychische Situation von Kindern und Jugendlichen ist im Verlauf erheblichen Schwankungen unterworfen und stark abhängig von äusseren Umgebungsfaktoren. Hier punktuelle Messungen einer Erfolgsdiagnostik einzuführen, würde den Kindern und Jugendlichen und ihrer Entwicklung nicht gerecht werden und höchstwahrscheinlich zu Fehleinschätzungen führen. Dramatische Langzeitfolgen können sich dann ergeben, wenn die Ergebnisse punktueller Erhebungen zukünftig dazu dienen sollen, über die Fortsetzung einer laufenden Psychotherapie zu entscheiden. Die laufende Beurteilung der Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung durch den Behandler ist zweifelsohne notwendig und gerade bei Kindern und Jugendlichen ein hochkomplexer und vielschichtiger Prozess. Die Indikationsstellung erfolgt dabei stets auf Grundlage einer klinischen Gesamtbeurteilung, dies darf nicht in Frage gestellt werden.</p> <p><i>FORDERUNG: Streichung von Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie.</i></p> | |
| Error! Reference source not found. | Art. 3 | <p>Kostenübernahme</p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>In der Kinder- und Jugendpsychotherapie ist Elternarbeit, der Kontakt mit der Schule, dem Heim oder anderen Institutionen integraler Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung.</p> | <p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p> |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Sitzungsfrequenz und -dauer sind abhängig von der Therapiemethode, aber auch vom Alter des Kindes, der Komplexität des Störungsbildes und den umgebenden psychosozialen Strukturen. Das Kontingent von 40 Sitzungen ist dadurch schon heute rasch ausgeschöpft. Eine Berichterstattung nach bereits 30 Sitzungen würde in Folge zu unnötigem und noch höherem administrativem und zeitlichem Mehraufwand auf beiden Seiten und damit zu unsinnigen Folgekosten ohne Mehrwert führen. Diese Zeit wird im direkten und persönlichen Engagement mit den Kindern, Jugendlichen und Familien dringend benötigt und wirksamer genutzt. Die Sitzungsdauer auf 60min einzugrenzen, stösst gerade in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen – unabhängig von der ärztlichen oder psychologischen Durchführung – auf grosse Schwierigkeiten. Sitzungen v. a. mit Kindern bedingen oft eine hohe Sorgfalt und sind zeitaufwändig, spielerische und kreative Elemente im therapeutischen Prozess sind unabdingbarer Bestandteil einer Psychotherapie, unabhängig von der Therapiemethode, je jünger das Kind ist. Die Teilnahme der Eltern, eines Elternteils oder naher Bezugspersonen zusammen mit dem Kind oder in einer getrennten zeitlichen Einheit ist ebenfalls häufig Bestandteil einer psychotherapeutischen Sitzung, da interaktionelle Prozesse einen äusserst wichtigen Faktor in der psychischen Gesundheit des Kindes spielen. Dies bedingt häufig eine Überschreitung des Zeitrahmens von 60 Minuten. Je mehr Teilnehmende, desto kürzer ist die Redezeit, die den einzelnen zur Verfügung steht. Die Ziele des Austauschs von Perspektiven, Wahrnehmung von Befindlichkeiten und motivationale Klärung setzen eine Atmosphäre der Gelassenheit und Ruhe voraus, die mit dem Blick auf die nun noch kürzere zeitliche Begrenzung</p> | |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|---|----------|--|--|
| | | <p>empfindlich gestört würde.</p> <p>Eine Sitzung auf 60min zu reduzieren bedingt eine drastische Kürzung des persönlichen Kontaktes, der systemischen Vernetzungsarbeit und langfristig auch einen nicht zu unterschätzenden Verlust an Behandlungsqualität und damit auch Behandlungserfolg.</p> <p><i>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such.</i></p> <p><i>Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie.</i></p> | |
| Error! Reference source not found. | Art. 11b | <p>Wer kann anordnen?</p> <p>Der differentialdiagnostische Prozess, die Einschätzung des Krankheitswerts von Verhaltensauffälligkeiten (z. B. in der Adoleszenz) und die daraus abgeleitete adäquate (psychotherapeutische) Behandlungsform bei Kindern und Jugendlichen erfordert eine breite (klinische) Erfahrung, auch im schulischen Bildungsbereich. Oft sind die Störungsbilder aufgrund der Überlagerung durch Entwicklungsphänomene und des hohen Einflusses von Umgebungsfaktoren nicht immer klar einer psychiatrischen Diagnose zuzuordnen. Es ist fraglich, welche Fachärzte/-innen als anordnende Ärzte und Ärztinnen über ausreichend Erfahrung und Zeitressourcen verfügen, um den Bedarf und die Notwendigkeit von medizinisch-psychotherapeutischen Massnahmen bei Kindern und Jugendlichen gemäss WZW-Kriterien sorgfältig einzuschätzen</p> | <p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines</p> |

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

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | <p>und in dem Zusammenhang auch fachlich fundierte Verlängerungsgesuche an den Versicherer zu stellen. Unklar ist dabei, wer die medizinische Behandlungsverantwortung trägt, da diese der psychologische Psychotherapeut ja nicht übernehmen kann. Sollte die medizinische Behandlungsverantwortung beim anordnenden Arzt oder bei der anordnenden Ärztin liegen, ist gerade bei Kindern und Jugendlichen mit einem Aktionismus bei Anmeldungen für weitere (Spezial-)Abklärungen und beim Einsatz von Medikamenten zu rechnen.</p> <p>FORDERUNG: Es ist zu verlangen, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</p> <p>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, ist die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“ zu verlangen. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</p> | <p>Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p> |
| 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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Fachgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Basel-Stadt

Abkürzung der Firma / Organisation : Präsidentin und Vorstand

Adresse : Birsstrasse 62

Kontaktperson : Dr. med. Andrea Grether

Telefon : 061 683 19 74

E-Mail : andrea.grether@bluewin.ch

Datum : 28. 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 |
| KJP BS | <p>DIE FACHGRUPPE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE BASEL-STADT SCHLIESST SICH DER STELLUNGNAHME DER FMPP AN UND ERGÄNZT SIE MIT STANDPUNKTEN, DIE SICH SPEZIELL AUF DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN BEZIEHEN:</p> <p>AUCH DIE FACHGRUPPE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE BASEL-STADT LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB. WARUM?</p> <p>Die Facharztausbildung „Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ dauert in der Schweiz zu Recht 6 Jahre und genügt damit höchsten Qualitätsanforderungen.</p> <p>Aufgrund der drei unterschiedlichen Entwicklungsphasen – Frühkindheit, Latenzzeit (7-11 Jahre) und Adoleszenz – ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Ausbildung in der Kinder Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie deutlich anspruchsvoller hinsichtlich altersbezogener diagnostischer und psychotherapeutischer Vorgehensweisen. Altersentsprechend muss auch das gesamte Bezugssystem aus Schule und Familie und Institutionen involviert werden, was viel Erfahrung und Fingerspitzengefühl erfordert. Allein um im jeweiligen Altersspektrum genügende Fallzahlen der unterschiedlichen Störungsbilder sehen zu können, ist für jeden Altersbereich eine Ausbildungszeit von 1-2 Jahren zu veranschlagen (von der Schreispprechstunde für Säuglinge und deren Eltern bis hin zur Adoleszentenpsychiatrie und -Psychotherapie). Diese sind notwendig und unabdingbar, um in diesen komplexen Fachgebieten kompetente und verantwortliche Entscheidungen für Diagnostik zu treffen und wirksame Therapiemassnahmen durchzuführen.</p> <p>Die Schulung für dieses Fachgebiet kann nur in einem Zusammenspiel von Basiswissen aus dem Studium und intensiver langjähriger klinischer Erfahrung in spezialisierten Zentren gelingen. Nur hier und durch eine Schulung, die angehende Fachärzte in interdisziplinären Teams aus Cootherapeuten, Pflegekräften, Sozialpädagogen und Leitenden Ärzten durchmachen, wird das umfangreiche Wissen erarbeitet, das zusammen mit einer mehrjährigen Psychotherapieausbildung zur Ausübung dieses verantwortungsvollen Berufs befähigt.</p> <p>Verantwortungsübernahme in der Fallführung für Patientinnen und Patienten mit schweren Störungsbildern ist nur unter Supervision und Begleitung möglich. Und nur in den Ausbildungszentren können auch die notwendigen Fallzahlen generiert werden.</p> <p>Jede Berufslehre, ob Schreiner oder Bäckerlehre verlangt eine mindestens 3 bis 4jährige berufliche Erfahrung unter Anleitung spezialisierter Lehrmeister. Solche Qualitätsanforderungen ausgerechnet für die Psyche zu unterbieten, ist gegenüber den psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen nicht zu verantworten und auch rechtlich nicht zu vertreten.</p> |

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

| | |
|--------|--|
| | Fazit: Die Qualifikation von freischaffenden Psychotherapeuten - seien es ärztliche oder psychologische - kann nur in Zentren und mit 5 Jahren Ausbildungszeit auf dem Niveau erfolgen, das die Patienten zu Recht verlangen. Eine psychiatrischen Kollegen vergleichbare Qualifikationszeit für Psychologen begrenzt die sonst drohende Mengenausweitung auf sinnvolle und vertretbare Weise und erübrigt eine unwirksame Einschränkung durch unangemessen häufige Berichterstattung. |
| KJP BS | 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.

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | |
|--|--------------------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| KJP BS | 2, Abs. 1, Bst. B) | Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie? Aufgrund der mehrjährigen klinischen und psychotherapeutischen Ausbildung und beruflichen Erfahrung ist es dem Ermessen des Psychiaters zu überlassen, welche Instrumentarien er zu Beginn und im Verlauf der Behandlung als indiziert erachtet. Ein Hausarzt wird nicht vorgängig berichten wollen, ob er aufgrund seiner diagnostischen Einschätzung einen geschwollenen Arm röntgen lässt oder nicht. | 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**

| | | | |
|--------|--------|---|---|
| | | Artikel 2 1b, in dem die Evaluation bei Beginn, im Verlauf und zum Abschluss der Psychotherapie gefordert wird, kann darüber hinaus ersatzlos gestrichen werden, weil die darin erhobenen Forderungen in Widerspruch stehen zu dem als immer noch gültig deklarierten Grundsatz, (KLV 2e von 2009): dass die Psychotherapie „die systematische Reflexion und die kontinuierliche Gestaltung der Beziehung beinhaltet“. | |
| KJP BS | Art. 3 | <p>Kostenübernahme</p> <p>Die 2009 festgelegte Kostenübernahme „Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40- Abklärungs und Therapiesitzungen“ entspricht bei einer Sitzung pro Woche einer Behandlungsdauer von etwa einem Jahr. Dies wiederum entspricht den WZW-Kriterien bezüglich Aufwand und Ertrag und ermöglicht den unabdingbaren Beziehungs- und Vertrauensaufbau.</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar.</p> <p>Häufige Berichte und Kontrollen verteuern das Gesundheitswesen unnötig und führen zu Verzögerungen: Die Kassen müssen mehr Vertrauensärzte einstellen, die eigene therapeutische Kompetenz besitzen müssen, um die Aussagekraft der Berichte beurteilen zu können. Diese administrative Wucherung geht letztlich zulasten der Zeit am Patienten. Zu dieser Erkenntnis war das BAG bereits früher gekommen: Die noch unter Bundesrat Couchepin eingeführte „Meldung“ wurde nach 2 jähriger Evaluation 2008 wieder fallen gelassen. Ergebnis: Grosser Aufwand, wenig</p> | <p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p> |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Aussagekraft, Belastung des Patienten und des sensiblen therapeutischen Arbeitsbündnisses.</p> <p><i>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Was die zeitliche Begrenzung der Sitzungen betrifft, ist dies bei der Behandlung von Kindern besonders kontraproduktiv:</p> <p>Die Vor- und Nachbereitung des Raumes bei Psychotherapien mit Kleinkindern und Kindern in der Latenzzeit und die Bearbeitung des Krankendossiers sind ungleich aufwendiger als bei Erwachsenen. Bei Kleinkindern und Kindern in der Latenz mit schwereren seelischen Störungen ist es oft nicht möglich, den Stundenrahmen einzuhalten, dies insbesondere bei den weit verbreiteten Trennungsproblemen. Zusätzlich sind der Einbezug von Eltern (oder auch der ganzen Familie) unabdingbar. Solche Sitzungen lassen sich nicht auf 60 Minuten reduzieren.</p> <p>Damit ein Mensch sich öffnen und über seelische Schmerzen reden kann, braucht es nicht selten mehr als eine Stunde, weil der seelische Schmerz sich nicht an ein vorgegebenes Zeitraster hält, das gilt insbesondere auch für Kinder. Die Bildung von Vertrauen ist zudem nicht an einen festgefügt en, schematischen Rahmen gebunden, sondern braucht Zeit, manchmal gelingt es in 30, manchmal in 90</p> | |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|--------|-----------------------------------|---|---|
| | | <p>Minuten. Verhandlungen von politischen Kommissionen und Gremien können auch nicht starr auf 60 Minuten eingeeengt werden.</p> <p>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</p> | |
| KJP BS | Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5 | <p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen an den Arzt *(Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie, Pädiatrie)</p> <p>Kinderärzte*usw. ohne zusätzliche Qualifikation sind nicht für Diagnostik und Therapie psychischer Störungen ausgebildet. Ob es sich um eine Depression im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung, im Rahmen einer bipolaren Störung oder im Rahmen einer beginnenden Psychose handelt, können Kinderärzte, etc*. aufgrund ihrer Ausbildung nicht kompetent beurteilen, ebenso wenig, welche therapeutischen Massnahmen jeweils sinnvoll wären. Nicht selten tauchen auch erst im Verlauf einer Abklärung oder nach einer gewissen Behandlungszeit tieferliegende strukturelle Defizite und Störungen auf.</p> <p>Dennoch werden sie als Gatekeeper eingesetzt, sollen den Behandlungsverlauf nach 15 Std. einschätzen und nach 30 Stunden gar einen Bericht an den Vertrauensarzt verfassen können. Kein Psychiater kann beispielsweise Indikation und Durchführung einer Knieoperation beurteilen. Das Wissen aus dem Studium reicht hierfür definitiv nicht. Warum soll dies umgekehrt möglich sein?</p> <p>Berichte, die dann letztlich von Psychologen mit der vorgeschlagenen kurzen klinischen Erfahrung erstellt würden, wären dabei nicht aussagekräftig. Es wäre dem Pädiater aber auch nicht möglich, diese</p> | <p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu</p> |

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

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>fachlich zu beurteilen und ggf. falsche Therapieentscheidungen zu korrigieren.</p> <p>Fatale Behandlungsfehler würden nicht erkannt und korrigiert. Wer haftet für Fehler, die auf mangelhafter Ausbildung und unzureichender Kompetenz beruhen? Letztlich liegt ein Organisationsverschulden vor, wenn Verantwortung nicht auf Kompetenz beruht, das aber genau würde der Fall sein, wenn das Anordnungsmodell in seiner avisierten Form umgesetzt würde.</p> <p>Dr. med. Rüdiger Fürstenau und Dr. med. Andrea Grether</p> | <p>zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p> |
|--|--|---|---|

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Fachgruppe Leitende Psycholog*innen der psychiatrischen Institutionen im Kanton Bern

Abkürzung der Firma / Organisation : FG Leitende Psycholog*innen

Adresse : Oberburgstrasse 54, 3400 Burgdorf

Kontaktperson : Katrin Endtner

Telefon : 034 421 27 70

E-Mail : katrin.endtner@spital-emmental.ch

Datum : 27.9.2019

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

| Allgemeine Bemerkungen | |
|-------------------------------|---|
| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
| FG Leitende Psycholog*innen | Die FG Leitende Psycholog*innen 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 Psychotherapeut*innen 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 FG Leitende Psycholog*innen bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Die FG Leitende Psycholog*innen bedauert allerdings, dass die Leistungserbringer*innen nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen. |
| FG Leitende Psycholog*innen | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die FG Leitende Psycholog*innen klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die FG Leitende Psycholog*innen 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*innen 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 FG Leitende Psycholog*innen mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten Ärzt*innen. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der Patient*innen erhöht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart. |
| FG Leitende Psycholog*innen | <p>Inhalte der Vorlage, welche die FG Leitende Psycholog*innen ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die FG Leitende Psycholog*innen 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**

| | |
|-----------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die FG Leitende Psycholog*innen lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeut*innen gegenüber den ärztlichen Leistungserbringer*innen. Die FG Leitende Psycholog*innen ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeut*in zu absolvieren. Die FG Leitende Psycholog*innen lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die FG Leitende Psycholog*innen verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die FG Leitende Psycholog*innen ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) durch die anordnenden Ärzt*innen einverstanden. Der dazugehörige Bericht muss aber zwingend von den behandelnden Psychotherapeut*innen verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. Die FG Leitende Psycholog*innen 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. |
| FG Leitende Psycholog*innen | <p>Ergänzungen, welche die FG Leitende Psycholog*innen vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeut*innen in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psycholog*innen in Ausbildung zu Psychotherapeut*innen nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die FG Leitende Psycholog*innen verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeut*innen gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzt*innen 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 Psychotherapeut*innen in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der FG Leitende Psycholog*innen braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. |

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

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die FG Leitende Psycholog*innen 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 FG Leitende Psycholog*innen eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die FG Leitende Psycholog*innen fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
|--|---|

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| FG Leitende Psycholog*innen | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| FG Leitende Psycholog*innen | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsycholog*innen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsycholog*innen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsycholog*innen</p> | |

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

| | | | | | |
|-----------------------------|-----|---|-------|---|--|
| | | | | anpasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen). | |
| FG Leitende Psycholog*innen | 50c | 1 | a & b | Eidg. Titel und kantonale Bewilligung Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeut*innen auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige. | |
| FG Leitende Psycholog*innen | 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 FG Leitende Psycholog*innen unbestritten. Die FG Leitende Psycholog*innen 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 FG Leitende Psycholog*innen steht aber der geforderten zusätzlichen Erfahrung von 12 Monaten klinischer Praxis kritisch gegenüber, sofern diese nur nach Abschluss der Weiterbildung zu eidg. anerkannten Psychotherapeut*innen erfolgen kann. Die FG Leitende | Änderungs- und Ergänzungsvorschlag: c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten. |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Psycholog*innen begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die FG Leitende Psycholog*innen ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzt*innen).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von Fachärzt*innne in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die FG Leitende Psycholog*innen fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben,</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|-----------------------------|-----|---|------------|--|---|
| | | | | <p>dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die FG Leitende Psycholog*innen ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung von Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie oder eidg. anerkannten Psychotherapeut*innen erfolgen können. | |
| FG Leitende Psycholog*innen | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die FG Leitende Psycholog*innen fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| FG Leitende Psycholog*innen | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die FG Leitende Psycholog*innen ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die FG Leitende Psycholog*innen 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 FG Leitende Psycholog*innen folgendes vor:</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> |

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

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeut*innen zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs. 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| FG Leitende Psycholog*innen | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| FG Leitende Psycholog*innen | (neu) 52e | | | <p>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.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; |

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

| | | | | | |
|-----------------------------|----------------|-------|--|---|---|
| | | | | | <p>c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen</p> <p>d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;</p> <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologische Leistungen erbracht werden.</p> |
| FG Leitende Psycholog*innen | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die FG Leitende Psycholog*innen begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeut*innen. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird. | |
| FG Leitende Psycholog*innen | Übergangsbest. | 3 | | Die FG Leitende Psycholog*innen stellt fest, dass bei der Übergangsbestimmung die Neuropsycholog*innen keine Erwähnung finden. Es gibt einige Kantone, die bisher keine Bewilligungspflicht für die Neuropsycholog*innen kennen. Daher kann eine Übergangsbestimmung, welche die Neuropsycholog*innen angemessen berücksichtigt, nicht an die Bewilligung knüpfen, sondern an die bisherige Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. | Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a-c, e und f [...] |

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| FG Leitende Psycholog*innen | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| FG Leitende Psycholog*innen | 2 | 1 | b | <p>Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Die FG Leitende Psycholog*innen teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit dem Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wird das Ziel verfehlt. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Einführung einer solchen Diagnostik für jede Patient*in würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. Datenerhebung pro einzelne Patient*innen ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. | <p>Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen</p> <p>b. Sie umfasst eine Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • 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, bei denen diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Die FG Leitende Psycholog*innen schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf deren Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|--|--|
| FG Leitende Psycholog*innen | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die FG Leitende Psycholog*innen ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 1990-er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer*in, Kasse, Patient*in). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patient*innen nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetscher*innen etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |
|-----------------------------|---|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|-----------------------------|-----|--|---|--|--|
| | | | | Die FG Leitende Psycholog*innen 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. | |
| FG Leitende Psycholog*innen | 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 [...] |
| FG Leitende Psycholog*innen | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| FG Leitende Psycholog*innen | 11b | 1 | a | Anordnungsbefugte Ärzt*innen Die FG Leitende Psycholog*innen begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzt*innen. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedene Kategorien von Ärzt*innen dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausärzt*innen-Modell versichert sind, kann | 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 |

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

| | | | | | |
|-----------------------------|-----|---|---|---|--|
| | | | | <p>so ein andere Ärzt*in eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die FG Leitende Psycholog*innen geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, in der der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die Föderation der schweizerischen Psycholog*innen ist es nicht möglich, diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...] |
| FG Leitende Psycholog*innen | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die FG Leitende Psycholog*innen</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzt*innen 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. | |
| FG Leitende Psycholog*innen | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeut*innen ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patient*innen und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| FG Leitende Psycholog*innen | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |

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

| | | | | | |
|-----------------------------|---------------------|---|--|--|---|
| FG Leitende Psycholog*innen | 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. |
| FG Leitende Psycholog*innen | 11b | 5 | | Die Berichte nach 40 Stunden müssen von den fallverantwortlichen Psychotherapeut*innen erstellt werden und nicht von anordnenden Ärzt*innen. 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. |
| FG Leitende Psycholog*innen | 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 vom 16. Oktober 2019



Name / Firma / Organisation : Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Abkürzung der Firma / Organisation : FMH

Adresse : Elfenstrasse 18, Postfach 300, 3000 Bern 15

Kontaktperson : Iris Herzog-Zwitter

Telefon : 031 359 11 90

E-Mail : iris.herzog@fmh.ch

Datum : 16. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!



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

| Allgemeine Bemerkungen | |
|-------------------------------|---|
| FMH | Bemerkung/Anregung |
| FMH | Die FMH dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der Zentralvorstand der FMH nimmt wie folgt Stellung. |
| FMH | Die FMH erachtet es als unerlässlich die betroffenen Leistungserbringer, in concreto die Psychiaterinnen und Psychiater, in den Prozess der Ausgestaltung bei einer solchen wichtigen Vernehmlassungsvorlage von Beginn an einzubeziehen. Wir bitten Sie dies nachzubessern. |
| FMH | <p>KVV</p> <p>Die FMH lehnt das Anordnungsmodell ab.</p> <p>Des Weiteren erachtet die FMH die klinische Weiterbildung von 12 Monaten, welche für Psychologen in der KVV vorgesehen ist, als unzureichend. Die vorgesehenen 12 Monate klinische Weiterbildung sind nicht vereinbar mit der Sicherstellung der Behandlungsqualität und stehen der Patientensicherheit entgegen. In dieser knappen vorgesehenen Zeit und in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung ist es nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen und die Behandlungen gemäss dem lege artis erforderlichen Behandlungsstandard vorzunehmen.</p> <p>Die Übergangsbestimmungen sind in dieser Form zu streichen bzw. zu überarbeiten.</p> |
| FMH | <p>KLV</p> <p>Die FMH lehnt das Anordnungsmodell ab, insbesondere weist die FMH auf die Aspekte der Patientensicherheit, der Gewährleistung des geschuldeten Behandlungsstandards und an haftpflichtrechtliche Konsequenzen im Einzelfall hin.</p> <p>Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten werden seitens der FMH explizit bei der ärztlichen Psychotherapie abgelehnt. Die Therapiefreiheit des Arztes und die Methodenvielfalt in der Behandlung muss gewährleistet sein.</p> <p>Die FMH lehnt des weiteren zeitliche Limitierungen gemäss Art. 3 KLV und der weiteren in diesem Kontext erlassenen Verordnungsbestimmungen ab.</p> <p>Im Übrigen sind Leistungslimitierungen in der KLV im Sinne von «ärztliche Finanzierungen von psychologischen Leistungen» abzulehnen.</p> |

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

| | |
|--|---|
| | Die Übergangsbestimmungen betreffend der Kostenübernahme für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis 12 Monate nach Inkrafttreten der Änderung sind in dieser Form zu streichen bzw. zu überarbeiten. |
|--|---|

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 vom 16. Oktober 2019



Name / Firma / Organisation : Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Abkürzung der Firma / Organisation : FMH

Adresse : Elfenstrasse 18, Postfach 300, 3000 Bern 15

Kontaktperson : Iris Herzog-Zwitter

Telefon : 031 359 11 90

E-Mail : iris.herzog@fmh.ch

Datum : 16. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!



Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique
Division Prestations de l'assurance maladie
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Fondation de Nant
Secteur psychiatrique de l'Est vaudois
Monsieur Christian Moeckli
Directeur général
1804 Corsier-sur-Vevey

Par e-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

A Corsier, le 15 octobre 2019

Modifications de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31)

Nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (OAS)

et

Adaptation des conditions d'agrément des sages-femmes et des personnes prodiguant des soins sur prescription médicale

Processus de consultation

Monsieur le Conseiller fédéral,

Mesdames et Messieurs,

Nous vous remercions de nous avoir donné l'opportunité de prendre position sur les modifications susmentionnées apportées à l'OAMal et à l'OAS dans le cadre de la consultation.

Ci-après, la Fondation de Nant prend position vis-à-vis des modifications prévues.

Nous sommes **alarmés et préoccupés** par le projet du Conseil fédéral visant à améliorer le fonctionnement du système, mais dont les propositions de réglementation inappropriées nuiraient davantage à nos patients et patientes qu'elles ne leur profiteraient.

I. Résumé

La Fondation de Nant rejette le modèle sous la forme prévue. Les deux modifications de l'ordonnance représentent un changement structurel dans le système et l'offre de soins. Les bénéfices de ce changement sont insuffisants et n'ont pas de sens, tant pour les patients dans le domaine des soins que pour les prestataires de soins et les assureurs en ce qui concerne le rapport-prix des prestations fournies.

Si l'on souhaite remplacer le modèle de délégation actuel par un système prometteur et créé en fonction des besoins réels, il faut le définir en se basant sur des données à jour et représentatives et en tenant compte de la réalité de l'offre et des manques réels. Le modèle de prescription envisagé par le Conseil fédéral, auquel nous nous référons par la suite, ne répond pas à ces exigences. Le projet laisse plutôt l'impression qu'il faut satisfaire ici les souhaits (compréhensibles sur le fond) d'un seul groupe professionnel. Le projet le fait d'une manière unilatérale et non globale. Il n'y a pas de concept global. Il devrait être axé sur la qualité et le coût et se baser sur une analyse de situation plus approfondie.

Avec la proposition d'introduire par voie d'ordonnance une « *nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire* » que le Conseil fédéral a ouvert à la consultation le 26 juin 2019, le Conseil fédéral souhaite, conformément à ses explications, d'une part améliorer la situation des soins dans le domaine de la psychiatrie-psychothérapie et donc les soins dans les situations de crises et d'urgence et, d'autre part, augmenter la qualité des prestations tout en veillant à raccourcir les délais de prises en charge et à la réduction du nombre des maladies qui deviennent chroniques. Avec le changement de système en passant du modèle de délégation à un modèle de prescription, le Conseil fédéral postule vouloir garantir *des soins psychiatriques-psychothérapeutiques efficaces, appropriés et économiquement équilibrés* à la population suisse. Dans le même temps, le Conseil fédéral reconnaît que « d'autres changements et mesures sont nécessaires pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques », qui « relèvent de la responsabilité des différents acteurs, en particulier des prestataires de soins, des associations professionnelles et des cantons ». Le Conseil fédéral n'explique pas la nature de ces besoins. En outre, la proposition du Conseil fédéral ne repose pas sur les données actuellement disponibles sur les soins. Dans son rapport de 2016 « *L'avenir de la Psychiatrie en Suisse - Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255)* », l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a au contraire déclaré dans une évaluation divergente : « **En Suisse, il existe des soins psychiatriques de haute qualité, qui permettent de dispenser des traitements appropriés à de nombreux patients souffrant de troubles psychiques. Cependant, les analyses montrent également qu'il est nécessaire de poursuivre leur développement. Les mesures suivantes peuvent contribuer à un développement durable des structures des offres en psychiatrie : amélioration de la base de la planification statistique pour le développement de toutes les structures d'offres, amélioration de la coordination des offres et développement de la qualité des offres, financement durable des structures d'offre intermédiaires, soutien à la qualification des professionnels de la santé dans le domaine de la psychiatrie.** »

Le Conseil fédéral veut formellement atteindre deux objectifs avec les modifications de l'ordonnance :

1. les psychothérapeutes psychologues peuvent travailler de manière indépendante sur prescription médicale (introduction du « modèle de prescription » via l'OAMal, RS 832.102) et
2. Ils peuvent facturer leurs prestations directement via l'assurance obligatoire des soins (AOS) (Modification des conditions pour la prise en charge des coûts pour le remboursement (OPAS, SR 832.112.31)).

I.I. Points critiques

Les mesures envisagées pour les modifications de l'OAMal et de l'OPAS sont inadéquates et insuffisantes à plusieurs égards : elles sont mal réfléchies en termes de demande, d'assurance qualité et de développement des coûts, elles sont insuffisantes et elles ne sont pas intégrées dans les modifications en cours et nécessaires des conditions-cadre de la politique de santé.

Critique « demande et preuve de la demande »

- Il n'y a aucune preuve de la demande pour un changement de système conceptuel avec l'augmentation du nombre des prestataires de soins dans le domaine de la psychothérapie psychologique. Aucune étude ni donnée pertinente n'est présentée, ce qui est absolument indispensable. Au contraire, l'OFSP et l'étude BASS citée par le Conseil fédéral indiquent que les soins psychiatriques et psychologiques en Suisse sont très bons¹.
- Le Conseil fédéral se sert d'une preuve de la demande conformément à l'Article 55a de la loi sur l'assurance maladie pour l'agrément des médecins à la charge de l'AOS ou pour restreindre l'agrément des prestataires de soins². Avant l'introduction d'un nouveau modèle, il serait donc nécessaire d'étudier et d'évaluer le besoin réel ou toute pénurie de l'offre pour pouvoir prouver qualitativement et quantitativement la demande nécessaire. Dans ce contexte, les documents relatifs à la consultation indiquent clairement que les délais d'attente pour accéder aux services psychiatriques en Suisse semblent être moins longs que dans d'autres pays.
- Le projet de loi ne corrigerait aucun abus des soins psychiatrique, mais les aggraverait au contraire. D'autre part, un meilleur accès au système grâce au projet d'un côté rendrait plus difficile l'accès aux patients très malades et défavorisés (voir aussi le point critique « Garantir la qualité ») et entraînerait une augmentation du volume des soins.

Point critique « Garantir la qualité »

- Le projet ne mènerait pas au contrôle souhaité (et fondamental comme l'exige la LAMal) de la qualité et à l'amélioration continue de la qualité :
 - Alors que la prise en charge des patients atteints de troubles « légers » serait simplifiée, les patients avec des troubles psychiques particulièrement complexes et graves devraient faire face à une détérioration des soins et être laissés pour compte. Le projet de consultation du Conseil fédéral indique : « Malgré la densité quantitativement élevée de l'offre, les délais d'attente pour une place de thérapie en Suisse sont parfois trop longs. En particulier, les personnes atteintes de troubles psychiques graves sont les plus susceptibles d'être affectées par ces délais. Elles sont souvent prises en charge dans les services ambulatoires des hôpitaux psychiatriques ou, en raison d'un manque de capacité, par les professionnels de la santé de premier recours (principalement par les médecins de famille et les pédiatres). »
 - Puisque les psychothérapeutes psychologues sans formation postgraduée conforme à la Loi sur les professions de la psychologie (LPsy) seraient exclus du décompte des

¹ Source dans la note de pied de page ⁴, chapitre Soins excessifs, insuffisants et inadaptés, page 6 : « L'ampleur de la sous-utilisation et de l'abus des soins psychiatriques et psychologiques en Suisse ne peut pas être quantifiée car, d'une part, les données relatives à la prévalence, aux besoins en traitement et à leur utilisation sont insuffisantes et, d'autre part, tous les patients atteints de troubles psychiques ne veulent pas être traités par des psychiatres et des psychologues. »

² Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) - (renouvellement temporaire de la restriction d'admission en vertu de l'article 55a de LAMal) Modification du 14 décembre 2018, valable du 1er juillet 2019 au 30 juin 2021

prestations,³ toutes les prises en charge psychiatriques en soins ambulatoires se trouvaient dans des situations précaires, puisque les personnes qui suivent une formation postgraduée de psychothérapeute seraient également touchées, alors qu'elles peuvent aujourd'hui également travailler dans le modèle de délégation. Les conséquences inacceptables et non considérées par le Conseil fédéral seraient une pénurie marquée de centres de formation postgraduée pour les futurs psychothérapeutes psychologues qui sont situés aujourd'hui dans les services ambulatoires des établissements psychiatriques. En plus de la pénurie de place pour les psychologues en formation post-graduée, des psychologues spécialisés travaillant dans des établissements psychiatriques passeraient également à la pratique libre, ce qui compliquerait encore davantage la tâche des services ambulatoires des établissements psychiatriques.

- La Fondation de Nant en tant qu'auteur de cette réponse à la consultation insiste sur la durée envisagée pour acquérir l'expérience clinique nécessaire pour les psychothérapeutes reconnus au niveau fédéral qui est d'un **an** dans un établissement de formation postgraduée en psychiatrie et psychothérapie de catégorie A ou B reconnu par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) pour que l'AOS autorise le praticien à prendre en charge les personnes atteintes de troubles psychiques complexes et graves et pour le traitement des situations d'urgence. Cette durée est **clairement insuffisante**. Il est impossible, dans ce court laps de temps et dans une institution psychiatrique générale, de donner aux psychothérapeutes psychologues l'expérience clinique nécessaire pour prendre en charge les différents groupes d'âge, de maladies et de tableaux cliniques, ainsi que divers degrés de gravité des maladies. Au total - **c'est-à-dire y compris la pratique clinique** d'un an pour l'obtention du certificat fédéral de formation postgraduée dans un « établissement de soins ambulatoires ou hospitaliers en psychiatrie-psychothérapie - il faut donc **5 années** de formation postgraduée spécifique avec des rotations correspondantes dans les divers domaines de spécialité et environnements de prise en charge, comme dans les programmes de formation postgraduée de l'ISFM (psychiatrie et psychothérapie, psychiatrie et psychothérapie pour les enfants et les adolescents) (voir III, exposé des motifs à l'OAMal, art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Médecins sans titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour adulte ou pour les enfants et les adolescents ne possèdent pas les connaissances théoriques ni l'expérience pratique nécessaires pour identifier des maladies mentales graves et complexes, et donc pour prescrire les prestations de psychothérapie psychologique nécessaires et adaptés à ces troubles. Avec ce type de prescription, la qualité de l'indication et la qualité de la prise en charge présenteraient un risque supplémentaire.
- En effet, avec le nouveau règlement proposé, le médecin prescripteur n'est nullement responsable des qualifications professionnelles du psychothérapeute, ni à la qualité de la prise en charge prescrite aux patients et réalisée par les psychothérapeutes psychologues. De plus, la qualité de l'indication et l'évaluation thérapeutique ne seraient en aucun cas garanties.

Point critique « Coûts / Financement »

- Le projet de loi continuerait à augmenter la prise en charge des troubles léger, ce qui (sans augmentation du budget alloué à la santé mentale) entraînerait un déplacement des ressources financières au détriment des patients atteints de troubles psychiques graves et complexes et des patients vivant dans les zones rurales. Cette **augmentation de volume des**

³Source dans la note de pied de page ⁴ : page 12 : « chapitre 2.9 Tarification - la psychothérapie déléguée en cabinet médical est désormais réglementée dans le chapitre 02.03 de TARMED. À compter de la date d'entrée en vigueur des modifications, ces positions TARMED pour la psychothérapie déléguée en relation avec l'AOS devraient être supprimées car les prestations de psychothérapie déléguée ne pourront plus être remboursées par l'AOS. Ceci s'applique également au chapitre 02.02 « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière ».

soins devrait être payée par les caisses maladie et, en définitive, par les assurés payant les primes. L'accès plus simple et facile aux prestations de base grâce aux mesures prévues par le Conseil fédéral entraînerait naturellement une augmentation de la demande et des coûts supplémentaires associés.

- Le projet de loi augmenterait donc les coûts de la santé, au lieu de les réduire, comme le Conseil fédéral, le Parlement, les prestataires de soins et les cantons le souhaitent à la base.
- Il favoriserait également une prise en charge à deux vitesses dans le domaine de psychiatrie-psychothérapie, au lieu de l'empêcher.

Évaluation globale

Dans l'ensemble, la **conception** du projet de loi ou des modifications à l'ordonnance ainsi que les documents consultés ou créés pour ce faire, et la base de l'ensemble du projet de loi sont absolument **insuffisants**.

La conception d'un modèle de prescription qui doit servir tous les intérêts supérieurs et en particulier les intérêts du patient, semble avoir été réfléchi seulement superficiellement. Les conséquences réelles pour les personnes concernées (patients, psychologues, psychiatres et autres médecins), notamment en ce qui concerne le contrôle de la qualité, sont **soit mal comprises, soit ignorées**.

Dans l'état actuel des choses, le modèle de prescription se traduirait par une augmentation du volume des soins pour les troubles psychiques légers, ce qui entraînerait un déplacement des ressources financières au détriment des patients atteints de troubles psychiques complexes, graves et coûteux, ainsi que des patients vivant dans les zones rurales en faveur des patients en zones urbaines. L'autorisation des psychothérapeutes psychologues à exercer indépendamment leur activité et l'augmentation attendue du volume des prestations et des coûts, avec leurs effets sur le tarif psychiatrique, entraîneraient une nouvelle détérioration du financement des soins psychiatriques-psychothérapeutiques pour les patients atteints de pathologies complexes et graves, car ils nécessitent un effort de traitement beaucoup plus important.

Dans le cadre du changement de système, ce serait une **occasion manquée** d'améliorer les soins de base et spéciaux pour les personnes atteintes de troubles psychiques, et d'optimiser et de rendre plus utile le « système de santé mentale » en Suisse.

La « **promotion de la qualité** » présentée par le Conseil fédéral comme les « **prémisses** » de la nouvelle réglementation et « la **prévention des surcoûts non contrôlés** » doivent être réalisées à l'aide de mesures dont les effets éventuels n'ont pas été étayés ni vérifiés avec des données pertinentes.

Dans ce qui suit, nous expliquons pourquoi le modèle proposé par le Conseil fédéral conduirait à des abus des soins psychiatriques supplémentaires et à des **augmentations de volume des soins n'améliorant pas leur qualité** avec des coûts supplémentaires pour les caisses maladie et les assurés payeurs de primes, et pourquoi le projet de loi n'atteint pas son **objectif qui est d'améliorer les soins de santé**.

Si le Conseil fédéral souhaite réformer le système dans l'intérêt de tous les patients, conformément au principe d'efficacité, de pertinence et d'économie, et répondre aux préoccupations de la profession médicale, trois mesures s'imposent (voir annexe).

Ces mesures nécessitent des réformes fondamentales, et elles ne peuvent donc pas être ordonnées en modifiant les ordonnances.

Les mesures ciblées suivantes sont énumérées dans l'annexe de la réponse à la consultation :

1. **Développement de la formation postgraduée des psychothérapeutes psychologues**
Les exigences concernant les compétences professionnelles des psychothérapeutes psychologues dans le domaine des maladies mentales doivent être renforcées pour que les psychothérapeutes psychologues puissent être capables de satisfaire aux exigences élevées que ce changement de système ou un changement comparable apporterait (compétence clinique).
2. **Préciser et garantir la compétence des médecins prescripteurs**
Afin de garantir le respect de la bonne indication thérapeutique pour une psychothérapie psychologique, la compétence du médecin « prescripteur » doit être garantie (qualité de l'indication).
3. **Assurer la couverture des coûts**
Il faut veiller à ce que les interventions de crise spécialisées facile d'accès et souvent également fastidieuses, les soins d'urgence et des soins aigus, puissent également être fournis la nuit, les week-ends et les jours fériés, et que le traitement et la prise en charge à long terme des patients atteints de troubles psychiques graves soient assurés, même dans les régions rurales (assurer des prestations de prise en charge dont les coûts sont couverts).

II. Informations complémentaires

II. II Analyse du document de la consultation

Ne respecte pas les principes d'efficacité, de pertinence et d'économie

En proposant un changement de système, qui passe d'un modèle de délégation (qui a fait ses preuves et qui est prévisible) à un modèle de prescription, le Conseil fédéral entend garantir à la population suisse une prise en charge de la psychothérapie psychologique efficace, rapide et économiquement viable. Cet **objectif ne peut être atteint en aucun cas par le changement de système proposé**. La réorganisation ne serait pas plus efficace, en aucun cas rentable et, à en juger par le très bon niveau des soins psychiatriques disponibles aujourd'hui, elle ne serait pas utile. Le respect effectif des principes d'efficacité, de pertinence et d'économie conformément à LAMal nécessite des données suffisantes et mesurables. Le modèle du Conseil fédéral, qui repose en grande partie sur des hypothèses et des conséquences injustifiées et qui devrait donc être introduit sans preuve de la demande, ne répond pas à ces critères.

Augmentation du volume des prestations, augmentation des coûts, conséquences sur les coûts

On peut supposer que l'ordonnance envisagée augmenterait immédiatement le nombre de demandes pour des mesures de réduction des coûts suite à l'augmentation susmentionnée des volumes et à l'augmentation consécutive des coûts. Cela réduirait à nouveau la **rémunération des prestations sociopsychiatriques complexes et fastidieuses, comme p.ex. les PAP prestations médicales** dispensées en l'absence du patient (nécessaire par exemple pour la participation de parents, employeurs, autorités, maisons de repos, etc.) ou les traitements de proximité (p. ex. les équipes mobiles) et cela rendrait leur réalisation encore plus difficile. Cela entraînerait une nouvelle **redistribution des ressources financières des groupes de patients socialement défavorisés vers ceux socialement favorisés** ou cela désavantagerait encore davantage les patients atteints de troubles psychiques complexes et graves, pour lesquels la compétence spécialisée des psychiatres

est indispensable et qui nécessitent une prise en charge plus coûteuse⁴. Ce développement vers une **prise en charge à deux vitesses dans le domaine de la psychiatrique-psychothérapie** ne doit pas avoir lieu. Par conséquent, le traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI) qui est une prestation obligatoire de l'assurance obligatoire des soins (AOS) au sens de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), se distingue de la psychothérapie médicale ou psychologique (dont la définition et la prise en charge des coûts sont réglementées dans l'OPAS) dans la LAMal ou l'OPAS. Le TPPI est une compétence exclusive et qui ne peut pas être déléguée des médecins spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie pour les adultes et pour les enfants et les adolescents, qui doit être exécutée selon les principes d'efficacité, de pertinence et d'économie conformément à l'article 32 de la LAMal. Le TPPI comprend un traitement psychothérapeutique adapté à chaque cas et inclut dans la plupart des cas une composante socio-psychiatrique et psychiatrique (p. ex. inclusion des membres de la famille, des employeurs, des autorités, de la maison de repos, des interventions de proximité), ainsi qu'une psychopharmacothérapie comprenant un suivi de l'évolution clinique et des mesures médico-psychologiques et consultatives. Dans le TARMED actuel, il *n'y a pas* de distinction entre le TPPI et la psychothérapie médicale (conformément aux articles 2 et 3 de l'OPAS). Il faut veiller à l'avenir à éviter la réduction et donc la détérioration du tarif des TPPI en raison d'éventuels cas jugés minimes ou légers et de l'augmentation correspondante du volume de prestations de psychothérapie psychologique. En effet, cela se ferait aux dépens des patients atteints de troubles graves et particulièrement vulnérables.

En outre, il n'existe pas d'assurance qualité ni de contrôle quantitatif suffisants pour la formation initiale et la formation postgraduée des psychothérapeutes psychologues dans le modèle envisagé par le Conseil fédéral. Les études de psychologie ne sont pas soumises à des restrictions d'admission (pour les étudiants en médecine, le *numerus clausus* s'applique), et il n'existe pas davantage de contrôles de la formation postgraduée axés sur les besoins en soins. Au contraire, l'augmentation rapide du nombre de cours de formation postgraduée agréés en psychothérapie, qui s'élève aujourd'hui à plus de 40 dans toute la Suisse, découle naturellement du grand intérêt des candidats à la formation postgraduée. En outre, il manque des mesures sur la manière dont les psychothérapeutes psychologues doivent acquérir de l'expérience nécessaire pour travailler et prendre en charge des patients dans différentes phases de la vie (enfants, adolescents, adultes aux différentes étapes de la vie, y compris les personnes âgées) et dans des environnements de traitement différents (hôpitaux psychiatriques, consultations ambulatoires, prise en charge des situations de crise et d'urgence, hôpitaux de jour, hôpitaux de soins de courte durée, maisons de repos ou cliniques de rééducation).

Les conséquences financières décrites dans les documents de la consultation (« Modifications et commentaires », chap. 3.2) sont extrêmement mal documentées et ne sont pas étayées de manière crédible. D'après une estimation approximative et l'hypothèse supposée, les coûts supplémentaires s'élèveraient à 167 millions de francs suisses, ce qui pourrait correspondre à 10 % d'augmentation du volume des prestations. L'affirmation selon laquelle qu'il manque des « indications » sur les économies de coûts possibles est également insuffisante.

⁴ Cette activité est décrite dans les documents de consultation dans la « fiche d'information pour la profession de psychothérapeute » du chapitre 2 Psychothérapie médicale du 26 juin 2019, comme suit : « Dans le contexte des prises en charge interdisciplinaires, les psychiatres assument la responsabilité centrale du traitement et, si nécessaire, ils aident leurs patients à traiter avec les autorités, les compagnies d'assurance et les institutions psychosociales. Les procédures de prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique comprennent l'entretien médical, le traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI), la psychothérapie au sens strict, la pharmacothérapie et d'autres processus biologiques, ainsi que la sociothérapie. »

Le manque de preuve de la demande parle contre le changement de système.

Les décideurs, les prestataires de soins et les cantons sont actuellement confrontés à d'énormes difficultés pour réduire les coûts des soins de santé, car de nombreux assurés ne parviennent plus à supporter le poids des primes. L'augmentation constante du coût des soins de santé est un des problèmes qui préoccupent le plus les gens. Il est donc incompréhensible que le projet de loi soit présenté par voie d'ordonnance sans preuve de la demande.

De la même façon, parallèlement à l'introduction d'un nouveau modèle, il est urgent de procéder à une évaluation des besoins réels et non satisfaits actuellement pour pouvoir fournir des données qualitatives et quantitatives prouvant la demande. Dans ce contexte, les documents de la consultation indiquent que les délais d'attente pour accéder aux prestations psychiatriques en Suisse semblent être moins longs que dans d'autres pays⁵.

Modification des tarifs non vérifiée et modification de l'ordonnance « définition des tarifs »

La tarification est fixée par des accords que les prestataires de soins doivent négocier avec des caisses maladie. Ces partenaires tarifaires (psychologues, hôpitaux, assureurs) devraient désormais revoir, réglementer par contrat et convenir des modifications structurelles requises par le Conseil fédéral par voie d'ordonnance.

Bien que cela soit fondamental pour l'entrée en vigueur d'un éventuel modèle de prescription, le Conseil fédéral déclare fortuitement dans sa proposition de consultation qu'une autre ordonnance devrait probablement être modifiée, et qui ne fait pas partie de cette consultation. Le Conseil fédéral écrit qu'il faut faire « le cas échéant, des modifications à l'ordonnance au moment de la fixation et de la modification des structures tarifaires dans l'assurance maladie ». Cela n'a été modifié qu'au début de l'année 2018 après une vaste consultation, notamment dans le but de mieux mettre en œuvre les mesures d'économie.

Nous soulignons que le changement structurel proposé par voie d'ordonnance, qui n'est pas tourné vers l'avenir et qui est inapproprié comme expliqué ci-dessus, ne peut pas constituer une base pour négocier ultérieurement à la table de négociation des tarifs équitables et crédibles, qui représentent en réalité les coûts et les profits. Cela est d'autant plus vrai que le Conseil fédéral se réserve le droit de ne pas accorder de tarifs négociés.

Révision fondamentale du financement via le système de rémunération

Le nombre des prises en charge par des psychothérapeutes psychologues dans le cadre de la psychothérapie déléguée a considérablement augmenté ces dernières années. Les chiffres statistiques de SASIS montrent ce que cette augmentation signifie en termes de coûts. En 2012, les coûts annuels d'une psychothérapie psychologique déléguée s'élevaient à environ 230 millions de francs suisses. En 2017, ils dépassaient déjà largement les 400 millions de francs suisses, soit une augmentation de 74 %. Ces chiffres ne parlent certainement pas d'une pénurie de soins dans le domaine de la psychothérapie psychologique. **En fait, il existe plutôt une mauvaise utilisation des prestations psychiatriques et les ressources disponibles ne sont pas utilisées de manière ciblée et efficace.**

Cependant, cette situation n'est pas imputable aux prestataires de soins, mais elle est inhérente au système de rémunération actuel, qui ne rémunère pas correctement les psychiatres pour adultes, et pour enfants et adolescents qui prennent en charge des patients atteints de troubles psychiques graves et complexes **malgré des besoins en ressources beaucoup plus importants.** Les

⁵ Chapitre 1.3, page 7 de la source dans la note de pied de page⁴

mauvaises incitations sont produites par les coûts supplémentaires pour le traitement et la prise en charge intensive des patients atteints de troubles psychiques qui ne sont pas représentés ni inclus dans le système tarifaire actuel. Les motifs économiques et opérationnels rendent difficile la fourniture d'un traitement spécialisé, car des activités supplémentaires s'ajoutent nécessairement aux prestations psychiatriques, y compris les efforts pour la coordination des thérapies complémentaires.

Le tarif horaire pur dans TARMED ne fait pas de distinction entre le TPPI, qui est effectué selon les principes d'efficacité, de pertinence et d'économie et qui est une prestation obligatoire de l'AOS, et la psychothérapie médicale (articles 2 et 3 de l'OPAS - prestation obligatoire sous certaines conditions). Les coûts réels des dépenses supplémentaires liées aux prestations qui sont nécessaires pour les patients atteints de troubles psychiques graves (en particulier les prestations non couvertes et réalisées en l'absence du patient ainsi que les prestations supplémentaires), ne sont donc pas représentés (voir également les commentaires sur le TPPI, p. 6).

Les psychologues exerçant en cabinet privé doivent se concentrer principalement sur les tableaux cliniques les moins complexes, car beaucoup d'entre eux sont formés exclusivement à cette fin. Après avoir autorisé les psychothérapeutes psychologues à exercer indépendamment en Allemagne il y a environ 20 ans, de manière intégrée dans un système qui est identique au modèle de prescription proposé par le Conseil fédéral, à l'exception de quelques détails, les délais d'attente pour une place en psychothérapie ne sont pas raccourcis. En conséquence, la directive sur la psychothérapie a été révisée et la révision qui est appliquée en Allemagne depuis le 1er avril 2017, oblige les psychothérapeutes à proposer une consultation pour la prise en charge des patients en crise psychologique aiguë.

La prise en charge des patients atteints de troubles psychiques sévères et complexes ne s'est également pas améliorée. Du point de vue des institutions, il est particulièrement important de noter que le déplacement de ces patients des cabinets privés aux services ambulatoires des hôpitaux s'est même intensifié. Cette situation peu satisfaisante a conduit le ministre fédéral allemand de la Santé, Jens Spahn, à développer un nouveau système, qui fait actuellement l'objet de débats intenses ⁶.

Le système suisse serait juste conçu avec les modifications de l'ordonnance, de sorte qu'une augmentation massive du volume des prestations soit susceptible de se produire. Cela manquerait tous les objectifs visés : il n'y aurait pas de soins psychiatriques-psychothérapeutiques efficaces, rapides et économiquement équilibrés. Au contraire, les personnes gravement malades, dont les prises en charge sont déjà difficiles, subiraient une pression supplémentaire - tandis que les personnes atteintes de troubles plus légers auraient un accès plus facile aux prestations psychiatriques, mais elles contribueraient également à l'augmentation de leur volume. Dans le même temps, hormis pour les personnes atteintes de troubles légers, il n'aurait aucune amélioration, ni pour le traitement des patients atteints de troubles graves ni pour la fourniture des soins aux populations vivant dans les régions périphériques.

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

III. Avis sur les dispositions individuelles de l'OAMal et de l'OPAS

III. I. Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal)

Art. 46 Généralités

Les personnes qui prodiguent de soins sur prescription médicale sont les personnes exerçant l'une des professions suivantes de manière indépendante et pour leur propre compte :

- a. Physiothérapeute ;*
- b. Ergothérapeute ;*
- c. Infirmier ;*
- d. Logopédiste ;*
- e. Nutritionniste ;*
- f. Neuropsychologue ;*
- g. Psychothérapeute psychologique.*

Nous rejetons l'article 46 g.

~~*g. Psychothérapeute psychologique.*~~

Motif

La classification des psychothérapeutes psychologiques dans l'article 46 g est (en tant que conséquence formelle du modèle de prescription) sans condition-cadre conceptuelle exhaustive et sans **rejet** de nos réformes fondamentales conformément à nos revendications.

Art. 50c Psychothérapeutes psychologiques

1 Les psychothérapeutes psychologiques doivent être titulaires d'une autorisation cantonale en vertu de l'article 22 de la loi sur les professions de la psychologue (LPsy) du 18 mars 2017 et justifier de :

- a. un diplôme reconnu en psychologie ;*
- b. un titre fédéral de formation postgraduée en psychothérapie ou un titre de formation postgraduée équivalent conformément à l'article 9 ou à l'article 49, paragraphe 2 de LPsy ; et*
- c. après l'obtention du titre de formation postgraduée, une expérience clinique de **12 mois** dans un établissement psychothérapeutique-psychiatrique hospitalier ou d'un autre organisme privé ou public sous la direction d'un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie.*

Nous rejetons l'article 50.1, lit c ab

~~*c. après l'obtention du titre de formation postgraduée, une expérience clinique de douze mois dans un établissement psychothérapeutique-psychiatrique hospitalier ou d'un autre organisme privé ou public sous la direction d'un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie.*~~

Motif

Dans le cadre de la formation postgraduée clinique, les psychothérapeutes psychologiques doivent être capables de prendre en charge les troubles les plus graves et complexes, de reconnaître les situations d'urgence et les autres situations de prise en charge complexes, pour les surmonter soi-même avec des outils thérapeutiques ou, le cas échéant, de solliciter une assistance médicale de manière ciblée et rapide. Compte tenu du fait qu'il ne faut passer qu'un an dans un établissement de

soins psychiatriques-psychothérapeutiques ambulatoires ou hospitaliers pour obtenir le certificat de formation postgraduée (psychothérapeute reconnu au niveau fédéral), la durée prévue de la formation postgraduée clinique complémentaire après l'obtention du titre de formation postgraduée de seulement douze mois dans un établissement de formation postgraduée en psychiatrie générale de catégorie A ou B. est insuffisante. Elle devrait être augmentée en conséquence et des rotations dans différents domaines de la psychiatrie doivent être exigées (voir art. 50, par. 1 lit c OAMal, NEU). **Art. 50 par. 1 lit c NEU**

Le nombre de mois d'expérience requis pour pouvoir exercer à la charge de l'AOS doit être augmenté.

- c. L'expérience clinique postgraduée doit être de **5 ans** et se dérouler dans un établissement psychiatrique-psychothérapeutique hospitalier ou dans un autre organisme privé ou public, qui est un centre de formation postgraduée agréé par l'IFSM, et sous la direction d'un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie.

Motif

Dans le cadre de la formation postgraduée clinique, les psychothérapeutes psychologues doivent être capables de prendre en charge les troubles les plus graves, de reconnaître les situations d'urgence et les autres situations de prise en charge complexes, pour les surmonter soi-même avec des outils thérapeutiques ou, le cas échéant, de solliciter une assistance médicale de manière ciblée et rapide. La durée de la formation postgraduée clinique doit être augmentée en conséquence (application de l'art. 50 par. 1 lit c OAMal). L'expérience clinique supplémentaire de **douze mois** requise par la modification de l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal) (art. 50 c, par. 1, c) dans un établissement de formation postgraduée psychiatrique-psychothérapeutique reconnu par Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) (catégories A ou B, c'est-à-dire en psychiatrie générale) après l'obtention du certificat fédéral de psychothérapie **n'est pas suffisante**. Elle ne permet pas d'acquérir la grande expérience clinique nécessaire avec les différents contextes de traitement, groupes d'âge, maladies et niveaux de gravité. Contrairement à la psychiatrie avec ses deux titres de spécialiste distincts (psychiatrie et psychothérapie pour les enfants et les adolescents ou psychiatrie et psychothérapie pour les adultes) et les autres sous-spécialités dans ces domaines, le projet actuel suppose que les psychothérapeutes psychologues sont capables de traiter les patients de tous âges sans distinction sans justifier de l'expérience clinique nécessaire. Cette simplification est inacceptable professionnellement et **déraisonnable** médicalement, d'autant plus qu'il existe un certificat fédéral suisse distinct dans le domaine de la psychologie de l'enfant et de l'adolescent, qui n'est d'ailleurs pas pris en compte dans la consultation en cours. Au total - c'est-à-dire y compris la pratique clinique d'un an pour l'obtention du certificat fédéral de formation postgraduée dans un « établissement de soins ambulatoires ou hospitaliers en psychiatrie-psychothérapie - il faut donc **5 années** de formation postgraduée spécifique comme cela est exigé pour le titre de médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie pour les adultes ou pour les enfants et les adolescents. Il faut veiller à ce que le programme de formation postgraduée suive une structure de programme à développer avec des rotations définies et que la réalisation des objectifs pédagogiques à définir puisse être assurée. Cette exigence est un élément central du programme type élaboré par le World Psychiatric Association (WPA) ou l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).

Puisque les psychothérapeutes psychologues qui ne sont pas autorisés à exercer à la charge de l'AOS seraient exclus du décompte des prestations, toutes les prises en charge psychiatriques en soins ambulatoires se trouvaient dans des situations précaires, puisque les personnes qui suivent une formation postgraduée de psychothérapeute seraient également touchées, alors qu'elles peuvent

aujourd'hui également travailler dans le modèle de délégation. Il en résulterait une pénurie marquée de centres de formation postgraduée pour les futurs psychothérapeutes psychologues qui sont situés aujourd'hui dans les services ambulatoires des établissements psychiatriques. Les psychologues spécialisés travaillant dans des établissements psychiatriques passeraient également à la pratique libre, ce qui compliquerait encore davantage la tâche des services ambulatoires des établissements psychiatriques.

En fin de compte, le changement irait également à l'encontre des intérêts des psychothérapeutes psychologues eux-mêmes, car il en résulterait une **pénurie massive des centres de formation postgraduée en soins ambulatoires** pour former les futurs psychothérapeutes psychologues.

Pour cette raison, il faut maintenir dans la structure tarifaire médicale (TARMED ou TARDOC) la possibilité de dispenser des prestations psychologiques et psychothérapeutiques facturables selon la réglementation précédente dans les centres de formation post graduée reconnus par l'ISFM et offrant des soins psychiatriques ambulatoires (c'est-à-dire le maintien du sous-chapitre 02.02 de TARMED « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière »). Compte tenu des très longues négociations tarifaires précédentes (p. ex. en neuropsychologie), le maintien des positions TARMED sur la psychothérapie déléguée en relation avec l'AOS dans les services ambulatoires des hôpitaux psychiatriques donnerait aux institutions psychiatriques une certaine sécurité en matière de planification organisationnelle et financière même après l'entrée en vigueur des modifications de l'ordonnance. Ces problèmes fondamentaux concernant les piliers de l'offre des établissements psychiatriques, qui émergent avec les modifications prévues aux ordonnances, montrent également à quel point on accorde peu d'attention à ces modifications - jusqu'à la représentation nécessaire des tarifs.

II

Disposition transitoire modifiant ...

~~1 Les personnes qui, à la date d'entrée en vigueur de la modification le (date), sont autorisées à exercer la psychothérapie de manière indépendante ou à titre privé conformément à l'article 49, paragraphe 3 LPsy9, sont admises même si elles ne répondent pas aux exigences de l'article 50 c.~~

~~2 Les personnes qui, au moment de l'entrée en vigueur de la modification le (date) modification, sont titulaires d'une licence en vertu de l'article 22 de la LPsy, ne doivent pas répondre aux exigences en matière d'expérience clinique conformément à l'article 50 c, paragraphe 1, point c.~~

Disposition transitoire par. 1 et 2 : à supprimer sans les remplacer

3 Les prestataires de soins visés aux articles 45 et 46, paragraphe 1, points a) et c) et e), qui sont déjà autorisés à exercer à la charge de l'assurance maladie obligatoire lorsque la modification prend effet le (date), conservent leur autorisation.

L'inclusion de règles transitoires plus strictes serait indispensable. Aujourd'hui, les psychothérapeutes psychologues indépendants et les psychothérapeutes sans formation postgraduée en psychothérapie sont tenus de suivre une formation postgraduée suffisante et clairement définie, de même que les psychologues avec licence conformément à l'article 22 de la LPsy. Une période de transition d'un an concernant la suppression de la psychothérapie déléguée, y compris le retrait de TARMED, n'est pas réaliste et nous la rejetons.

La période de transition devrait être de **cinq** ans.

Motif

Dans le sens d'une assurance qualité durable, il est de la plus haute importance d'instaurer une obligation de formation postgraduée structurée, adéquate qualitativement et quantitativement également pour les psychothérapeutes psychologues exerçant indépendamment aujourd'hui. Les règles tarifaires doivent être clarifiées, ce qui prend beaucoup de temps. Des périodes de transition plus longues sont également essentielles du point de vue de l'entreprise et de la politique de prise en charge des patients.

III. II Ordonnance du DFI sur les prestations d'assurance obligatoire des soins (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)

Nous rejetons les amendements à l'article 2, à l'article 3 et à l'article 11 prévus dans l'OPAS.

Motif

Le résultat de la réduction envisagée de la couverture des coûts, de 40 séances aujourd'hui à 30 séances de clarification/examen et de thérapie, ainsi que de la durée des séances individuelles, y compris avec les psychiatres sans le consentement du médecin-conseil est que les psychiatres qui dispensent également des psychothérapies médicales, doivent travailler dans des conditions moins bonnes et seront moins rémunérés pour leur travail psychothérapique qu'auparavant.

Conséquences non considérées pour le système de tarification

Le Conseil fédéral écrit dans son rapport de consultation (« modification et commentaires » pt. 2.9, p. 12) : « La psychothérapie déléguée chez le médecin est actuellement réglementée dans le chapitre 02.03 de TARMED. À compter de la date d'entrée en vigueur des modifications, ces positions TARMED pour la psychothérapie déléguée en relation avec l'AOS devraient être supprimées car les prestations de psychothérapie déléguée ne pourront plus être remboursées par l'AOS. Ceci s'applique également au chapitre 02.02 « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière ». En outre, le Conseil fédéral confirme explicitement que : « Les partenaires sociaux, à savoir les psychologues, les hôpitaux et les assureurs, doivent convenir du tarif des prestations de psychothérapie psychologique dans un accord tarifaire correspondant, dans le sens de l'autonomie tarifaire ».

Dans la fiche d'information « Professions de la psychothérapie », le Conseil fédéral explique : « La psychothérapie (dont les coûts sont pris en charge par l'AOS) peut être dispensée par les deux groupes professionnels : 1. Médecins spécialistes ayant un certificat de formation postgraduée en psychiatrie et en psychothérapie / 2. Psychologues ayant un certificat de formation postgraduée en psychothérapie ».

Le titre de médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents n'a pas été pris en compte.

Le chapitre 02.02 « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière » mentionnée dans la fiche d'information est supprimé. Cela n'est pas utile car ces prestations- comme toutes les prestations thérapeutiques prodiguées dans un hôpital - sont fournies sous la responsabilité médicale de médecins-chefs hautement qualifiés. Elles ne devraient donc pas être concernées par le modèle de prescription, qui fait référence aux prestations dispensées par des psychologues indépendants dans leur propre cabinet. Par conséquent, le chapitre 02.02 doit rester dans TARMED (et donc dans les tarifs) avec les ajustements appropriés. C'est uniquement de cette manière que l'on pourra garantir un nombre suffisant de centres de formation postgraduée pour les futurs psychothérapeutes

psychologues dans les cliniques psychiatriques et les services de consultations externes. Cela est également nécessaire pour pouvoir pourvoir suffisamment de postes cliniques dans des cliniques psychiatriques et des consultations externes aux psychologues agréés.

Implicitement, l'application des modifications de l'ordonnance de l'OAMal et de l'OPAS envisagées indiquerait clairement que le chapitre TARMED 02.01 (« Diagnostic et traitement psychiatriques ») - que le Conseil fédéral n'a même pas mentionné - serait également affecté. Bien que des prestations de psychiatres sont listées de manière identique alors qu'elles sont bien différentes (traitement psychothérapeutique psychiatrique intégré TPPI ou psychothérapie médicale), elles sont également réglementées différemment par la loi. Le TPPI est une prestation obligatoire de l'AOS, à effectuer selon les principes d'efficacité, de pertinence et d'économie conformément à l'article 32 de la LAMal, alors que la psychothérapie médicale, qui ne constitue pas une prestation obligatoire selon la LAMal, est réglementée dans l'OPAS.

Les réductions de temps prévues par rapport à la pratique actuelle auraient une incidence sur les tarifs des psychologues et des psychiatres. En fin de compte, cela réduirait les possibilités de traitement des patients gravement malades d'environ 40 % par rapport à aujourd'hui (en réduisant la durée de consultation de 90 ou 75 minutes à 60 minutes et en réduisant le nombre de séances de 40 à 30. Cela représente une réduction quantitative de 40 % (réduction de 3015 minutes [39 consultations de 75 minutes + 1 consultation de 90 minutes] à 1800 minutes [30 consultations de 60 minutes]). La psychothérapie psychologique plus facilement accessible conduit à une augmentation de volume des prestations avec un effet négatif immédiat sur les prestations psychiatriques et psychiatriques-psychothérapeutiques.

Il est inacceptable que le Conseil fédéral ne mentionne ni n'explique ces relations complexes et les conséquences qui en découlent pour les prestataires de soins et les patients concernés. Il est évident que des mesures ont été prises en coulisse qui favorisent ou pénalisent des groupes professionnels individuels, sans qu'elles soient factuellement correctes.

Cela est inacceptable, d'autant plus que le bénéfice qualitatif pour les patients ne peut être prouvé.

Il ne sert à rien d'essayer de réaliser une intervention aussi importante pour le système dans le système de santé dans ce domaine avec de simples modifications de l'ordonnance.

Les conséquences pour toutes les personnes concernées ne sont pas transparentes et la mesure du changement de système est insuffisamment justifiée. Nous rejetons les modifications de l'OAMal sous cette forme.

Expertise clinique nécessaire

Afin de garantir le respect de la bonne indication thérapeutique pour une psychothérapie psychologique, le médecin « prescripteur » doit disposer des compétences nécessaires pour pouvoir définir et surveiller de manière professionnelle l'indication de la psychothérapie. En conséquence, le pouvoir de prescription doit être attribué en principe à un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie pour adulte ou pour enfants et adolescents.

Apporter les preuves de la demande, réformer réellement le système

L'objectif de faciliter davantage l'accès à la psychothérapie en cas de problèmes de la vie, de troubles de l'humeur et de problèmes de santé mentale mineurs peut être poursuivi dans un concept global. Toutefois, l'ouverture complète proposée de l'accès et le remboursement des coûts (comme pour l'accès des patients aux conseils en nutrition ou à la physiothérapie) ne sont pas judicieux et, surtout, pas nécessaires. D'autant plus que l'augmentation des volumes des prestations ainsi déclenchée entraînerait une augmentation des coûts qui n'est ni dans l'intérêt d'une politique de santé rigoureuse ni dans l'intérêt du législateur. Cela est grave car, dans le même temps, il n'existe aucune preuve de la nécessité d'une telle mesure. Cette preuve doit être apportée en premier. Un changement de

système ne peut pas être organisé avant et en profondeur par une simple modification de l'ordonnance.

Avec le changement de système par voie d'ordonnance, le groupe professionnel de psychothérapeutes psychologues dont la formation postgraduée clinique est beaucoup plus courte et moins complète et dont l'examen final et le titre ne sont pas réglementés de manière uniforme contrairement aux médecins, seront plus facilement accessibles aux patients avec des tableaux cliniques généralement légers et bénins. Cela renforcerait tous les abus liés aux soins plutôt que de les corriger.

Dans le système de santé suisse, le traitement des patients atteints de troubles psychiques sévère repose sur un financement public supplémentaire de la mauvaise représentation dans TARMED. Cette situation devrait être corrigée. Le modèle de prescription soumis à la consultation n'améliorerait aucunement la situation de ces patients si les psychothérapeutes psychologues continuaient d'être formés selon les critères actuels. Au contraire, cela créerait plutôt des abus supplémentaires, avec la prise en charge préférentielle des patients atteints de troubles mentaux plus légers et moins complexes. Pour des raisons professionnelles, en raison des objectifs pédagogiques et de la portée de la formation postgraduée clinique, il est actuellement impossible pour les psychothérapeutes psychologues d'assumer la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques graves et complexes dans le cadre d'une activité indépendante. L'évolution de la situation en Allemagne a montré que le nombre de psychothérapeutes psychologue n'a cessé de croître, même des années après l'introduction d'un système similaire au modèle de prescription soumis à la consultation en Suisse. Les délais d'attente pour une place en psychothérapie sont restés longs malgré l'augmentation du nombre de praticiens.

Comme vous pouvez le constater ci-dessus, nous considérons que les modifications de l'ordonnance sont insuffisantes dans leur forme actuelle et nous les rejetons.

Les mesures sont mal documentées, mal calculées, inefficaces et inappropriées. Elles ne répondent pas aux principes généraux d'efficacité, de qualité et de rentabilité et elles n'améliorent pas l'offre des soins.

Nous vous remercions de prêter attention à nos revendications et préoccupations ci-dessus.

Nous restons à votre entière disposition pour répondre à vos éventuelles questions.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos salutations les plus distinguées.



Jean de Gautard

Président du Conseil de Fondation



Christian Moeckli

Directeur général

Annexe : Prise de position du SMHC « Le modèle de prescription coordonné »

Le « modèle de prescription coordonné »

Prise de position du Swiss Mental Health Care (SMHC) sur la consultation du Conseil fédéral concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS)

Auteur :

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

31 août 2019

¹Ensemble, l'Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie (AMPC), l'Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie des enfants et adolescents (AMCPEA), l'Association suisse des infirmiers cadres en psychiatrie (VPPS) et l'Association des directeurs de cliniques et hôpitaux psychiatriques en Suisse (ADPS) forment Swiss Mental Health Care (SMHC). Cette organisation faitière représente tous les hôpitaux et services psychiatriques de grande taille et moyenne taille en Suisse (59 institutions membres) et, en tant qu'association à l'échelle de la Suisse, elle constitue le point de contact reconnu de la psychiatrie institutionnelle pour tous les acteurs du secteur de la santé. Son objectif est de représenter les intérêts communs des hôpitaux et des services psychiatriques en Suisse en termes de soins psychiatriques-psychothérapeutiques efficaces dispensés dans les hôpitaux, les cliniques de jour et les services ambulatoires.

L'Association romande des institutions psychiatriques (ARIP) qui représente toutes les institutions publiques de Suisse romande s'associe à cette prise de position.

L'Association suisse des médecins assistants en psychiatrie (ASMAP) et le réseau de formation postgraduée en psychiatrie et psychothérapie - Zurich, Centre, Nord et Est de la Suisse (WBV) ont collaboré à cette prise de position du SMHC.

Adresses de correspondance

Pr Dr méd. Erich Seifritz
Président de l'Association suisse des médecins-chefs en
psychiatrie (ASMP)¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich [Hôpital universitaire
psychiatrique de Zurich]
Lenggstrasse 31 CH-8032 Zurich

Téléphone : +41 44 384 23 12
Tél. portable : +41 79 411 14 92
E-mail : erich.seifritz@bli.uzh.ch
E-mail : sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr méd. Oliver Bilke-Hentsch
Président de l'Association suisse des médecins-chefs en
psychiatrie des enfants et adolescents (AMCPEA)¹
Station pilote SOMOSA Park 20
8404 Winterthur

Téléphone : +41 52 244 50 00
Tél. portable : +41 79 398 42 80
E-mail : oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(À partir du 01/11/19 :
oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Président de la Conférence des directeurs des soins
d'institutions psychiatriques de Suisse (VPPS)¹
Psychiatrische Dienste Graubünden [Services de psychiatrie
des Grisons]
Loëstrasse 220
CH-7000 Coire

Téléphone : +41 58 225 20 10
Tél. portable : +41 79 254 25 26
E-mail : eduard.felber@pdgr.ch
E-mail : monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Président de l'Association des directeurs de cliniques et
hôpitaux psychiatriques en Suisse (ADPS)¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri de Zoug, Schwyz und Zug
[Psychiatrie intégrée des cantons d'Uri, de Schwyz et Zoug]
Widenstrasse 55 CH-6317 Oberwil-Zug

Téléphone : +41 41 726 39 01
Tél. portable : +41 79 214 07 61
E-mail : erich.baumann@triaplus.ch

Dr rer. pol. Hanspeter Conrad
Président du SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur [Psychiatrie intégrée
Winterthur] - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Boîte postale 144 CH-8408 Winterthur

Téléphone : +41 52 264 33 77
Tél. portable : +41 79 957 33 53
E-mail : hanspeter.conrad@ipw.ch

Prof. Jacques Gasser
Président de l'Association Romande des
Institutions Psychiatriques (ARIP)
Bâtiment des Cèdres, Site de Cery
CH-1008 Prilly

Téléphone : +41 21 314 33 72
Tél. portable : +41 79 556 12 54
E-mail : jacques.gasser@chuv.ch

Abréviations

| | |
|----------------|--|
| OFSP | Office fédéral de la santé publique |
| FMH | Foederatio Medicorum Helveticorum ; fédération des médecins suisses |
| CDS | Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé |
| H+ | Association suisse des établissements hospitaliers |
| TPPI | Traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré |
| AI..... | Assurance-invalidité |
| OPAS..... | Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins |
| OAMal | Ordonnance sur l'assurance-maladie |
| PAP | Prestations médicales en l'absence du patient |
| MEBEKO | Commission des professions médicales de l'OFSP |
| CTM | Commission des tarifs médicaux |
| AM | Assurance militaire |
| AOS | Assurance obligatoire des soins |
| PCCL..... | Patient Clinical Complexity Level [degré de complexité clinique du patient] |
| PT i.e.S. | Psychothérapie au sens strict |
| ASMPP | Académie suisse de médecine psychosomatique et psychosociale |
| SASIS..... | Filiale de Santéuisse |
| SSPPEA | Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent |
| SSPP | Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie |
| ISFM..... | Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue |
| SMHC..... | Swiss Mental Health Care |
| SUVA..... | Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents |
| ASMAP..... | Association suisse des médecins assistants en psychiatrie |
| AMCP..... | Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie |
| TARMED | Tarif des prestations médicales ambulatoires |
| TARPSY | Structure tarifaire nationale pour la prise en charge hospitalière des patients en psychiatrie |
| UEMS..... | Union européenne des médecins spécialistes |
| ADPS | Association des directeurs de cliniques et hôpitaux psychiatriques en Suisse |
| AMCPEA | Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie des enfants et adolescents |
| VPPS..... | Association suisse des infirmiers cadres en psychiatrie |
| WBV | « Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie » ; Réseau de formation postgraduée en psychiatrie et psychothérapie à Zurich, au centre, nord et est de la Suisse |
| WPA..... | World Psychiatric Association [association mondiale de la psychiatrie] |
| ARIP | Association Romande des Institutions Psychiatriques |

Table des matières

| | |
|---|-----|
| Adresse de correspondance | ii |
| Abréviations | iii |
| 0 Synthèse de la direction | 1 |
| 1 Introduction | 3 |
| 2 Bases de la situation actuelle..... | 6 |
| 2.1 Formations initiales et postgraduées des psychiatres..... | 6 |
| 2.1.1 Différence entre les psychiatres et les psychologues | 6 |
| 2.1.1.1 Formation postgraduée en psychothérapie | 7 |
| 2.1.1.1.1 Formation postgraduée en psychothérapie des psychiatres | 7 |
| 2.1.1.1.2 Formation postgraduée psychothérapeutique des psychologues..... | 8 |
| 2.1.1.2 Formation postgraduée clinique, expérience et compétence..... | 8 |
| 2.1.1.2.1 Formation postgraduée clinique des psychiatres | 8 |
| 2.1.1.2.2 Formation postgraduée clinique de psychothérapeutes psychologues | 9 |
| 2.2 Prestataires de soins psychiatriques et psychologiques en Suisse | 9 |
| 2.2.1 Régulation non équilibrée du nombre des psychiatres et des psychologues | 9 |
| 2.2.2 Forte densité des prestataires de soins en Suisse..... | 10 |
| 2.2.3 Besoin de prendre en charge les cas complexes en Suisse | 11 |
| 2.2.3.1 Coûts actuels des prestations de psychothérapie psychologique..... | 12 |
| 2.2.3.2 Manque de praticiens en psychothérapie psychologique ? | 12 |
| 2.3 Problèmes de prestation des soins liés au système tarifaire en Suisse | 12 |
| 2.3.1 Moins bonne prise en charge des cas complexes | 13 |
| 2.3.2 Mauvaises tentations et sélection des risques | 13 |
| 2.3.2.1 Expériences en Allemagne..... | 13 |
| 3 Considérer cette rupture comme une opportunité : Des mesures pour un « modèle de prescription coordonné » | 16 |
| 3.1 Mesure 1 : Formation postgraduée clinique des psychothérapeutes psychologues..... | 16 |
| 3.1.1 Critères de formation postgraduée insuffisants pour les futurs psychothérapeutes psychologues dans le projet d'ordonnance sur l'assurance maladie qui a été soumis à la consultation..... | 17 |
| 3.1.1.1 Les compétences cliniques des psychothérapeutes psychologues dans des domaines importants ne sont pas pris en compte dans l'OAMal..... | 17 |
| 3.1.1.2 Nécessité d'un cursus structuré de formation postgraduée avec catalogue des objectifs pédagogiques pour les psychothérapeutes psychologues | 17 |
| 3.1.1.3 Critères unifiés à l'échelle de la Suisse pour l'obtention du certificat de formation postgraduée des psychothérapeutes psychologues | 18 |
| 3.1.1.4 Les centres de formation postgraduée pour les futurs psychothérapeutes psychologues sont en péril | 18 |
| 3.2 Mesure 2 : Évaluation de la qualité de l'indication et du traitement par l'expertise du médecin prescripteur | 19 |
| 3.2.1 Prescription d'une psychothérapie psychologique régulière..... | 19 |
| 3.2.2 Prescription d'une intervention psychothérapeutique courte et limitée de dix séances dans les cabinets de médecine de premier recours..... | 19 |
| 3.2.2.1 Autres étapes après une intervention psychothérapeutique courte | 20 |
| 3.3 Mesure 3 : Couverture des coûts supplémentaires liés aux prestations médico-psychiatriques complexes | 20 |
| 3.3.1 Vérité des coûts - pas de tarifs plus élevés | 21 |
| 3.3.2 Tarifs pour la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques difficiles et complexes | 21 |
| 3.3.2.1 Degré de sévérité et coûts de traitement | 21 |
| 3.3.3 Problème du changement de modèle pour les prestations psychologiques-psychothérapeutiques dans les établissements psychiatriques offrant des soins ambulatoires | 21 |
| 3.3.3.1 Place de formation postgraduée pour les futurs psychothérapeutes psychologues | 22 |
| 3.3.4 Nouveau tarif en dehors de TARMED pour les prestations de psychothérapie psychologique prescrits et fournies de manière indépendante dans un cabinet privé de psychologie | 22 |

| | | |
|-----------|--|----|
| 3.3.5 | Problème du changement de l'OPAS : conséquences sur le tarif psychiatrique dans TARMED | 23 |
| 3.3.5.1 | « Effet secondaire » de la modification de l'OPAS : contradiction avec l'objectif du Conseil fédéral | 23 |
| 3.3.5.1.1 | Manque d'implication des partenaires tarifaires..... | 24 |
| 3.3.5.2 | Influence de la modification de l'OPAS sur le TPPI..... | 24 |
| 4 | Aperçu..... | 25 |

0 Synthèse de la direction

Le présent document décrit la position du Swiss Mental Health Care (SMHC) et de ses associations professionnelles vis-à-vis de « la nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) » dont la procédure de consultation a été ouverte le 26 juin 2019 par le Conseil fédéral.

La modification de l'ordonnance soumise à la consultation entraînerait des difficultés importantes et indésirables dans la fourniture des soins aux patients souffrant de troubles psychiques. Par conséquent, le SMHC et les associations professionnelles affiliées proposent des modifications des conditions-cadres dans trois domaines. Elles constituent des conditions préalables à l'introduction réussie du point de vue de la prestation des soins d'un modèle de prescriptions pour la psychothérapie psychologique.

La modification de ces conditions-cadres sous la forme du « modèle de prescriptions coordonné » permettra de développer un système de haute qualité qui peut réellement optimiser la prestation des soins à l'échelle nationale dans le domaine des troubles psychiques.

Cette prise de position pour le « modèle de prescription coordonné » constitue une base détaillée pour les réponses données à la consultation lancée par le Conseil fédéral.

En modifiant la réglementation, le Conseil fédéral souhaite améliorer la fourniture des soins psychiatriques et psychothérapeutiques. Cette modification réglementaire est associée à un changement de système, en passant du modèle de délégation actuel, dans lequel la psychothérapie psychologique a lieu sous la supervision d'un psychiatre², au modèle dit de prescription. Les psychothérapeutes psychologues devraient ainsi pouvoir dispenser leurs prestations de manière indépendante et les facturer de manière autonome via l'assurance obligatoire des soins (AOS), à condition que les médecins de famille ou d'autres médecins spécialistes « prescrivent » une psychothérapie.

Compte tenu de l'objectif du Conseil fédéral visant à faciliter l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à une prise en charge appropriée, il est essentiel de procéder à un examen approfondi des mesures correctives pour le modèle de prescription qui n'a guère évolué depuis des décennies.

Le Conseil fédéral pense particulièrement aux soins psychiatriques et psychothérapeutiques des enfants et des adolescents, ainsi qu'aux patients adultes en situation de crise. Cependant, l'enjeu fondamental est de savoir si cet objectif sera effectivement atteint avec le changement de modèle proposé. Nous avons de fortes raisons d'en douter, d'autant plus que notre pays, qui compte le plus grand nombre de psychiatres et de psychologues par habitant au monde, n'est pas dans une situation d'urgence en matière de fourniture des psychothérapies psychologiques.

Nous craignons que le changement de système, tel qu'il est soumis actuellement à la consultation, ne créent des incitations qui comportent des risques importants pour les soins et les coûts qui y sont associés. En particulier, nous craignons que les patients atteints de maladies psychiatriques légères ne soient préférés aux cas modérés et sévères et, en conséquence, que le volume des abus des soins psychiatriques n'augmente, ce qui augmenterait également les primes d'assurance maladie.

L'augmentation associée de la sélection des risques par un nombre croissant de professionnels de la santé exerçant dans le domaine de la psychothérapie psychologique dégraderait aujourd'hui la qualité des soins dispensés aux patients ayant des troubles sévères.

La réforme envisagée par le Conseil fédéral devrait donc être utilisée pour améliorer la prise en charge de l'ensemble des personnes souffrant de troubles psychiques. C'est pourquoi les auteurs suggèrent

²Le texte fait toujours référence à la fois à la forme féminine et à la forme masculine.

trois mesures pour parvenir à un « **modèle de prescription coordonné** ». En se basant sur la proposition du Conseil fédéral et avec l'évaluation scientifique des besoins et les recherches complémentaires, elles peuvent concrétiser les objectifs préalables définies, sans les conséquences négatives susmentionnées.

Mesures pour le « modèle de prescription coordonné »

1. Qualification clinique des psychothérapeutes psychologues grâce à une formation postgraduée adéquate.
2. Assurance de la qualité de l'indication et évaluation du traitement par l'expertise psychiatrique-psychothérapeutique du médecin prescripteur tout en facilitant l'accès aux soins avec des interventions psychothérapeutiques courtes par des psychologues qui sont prescrites par le médecin de premier recours.
3. Couverture des coûts supplémentaires des prestations psychiatriques pour les patients souffrant de troubles psychiques graves et complexes et les coûts de traitement et de prise en charge plus élevés.

Ces trois mesures comprennent :

Premièrement, les psychologues devraient acquérir les connaissances nécessaires pour traiter les personnes à différents stades de leur vie et souffrant de troubles psychiques, tout niveau de sévérité confondus, par une formation postgraduée clinique approfondie

Deuxièmement, il devrait être possible de prescrire un nombre limité de dix heures d'interventions psychothérapeutiques courtes avec un psychothérapeute psychologue, garantissant ainsi un soutien psychologique-psychothérapeutique rapide et facile d'accès pour gérer les problèmes de la vie, les troubles de l'humeur et les troubles mentaux légers. Dans le même temps, la limitation à dix heures de thérapie veille à la qualité de l'indication et l'évaluation du traitement. En effet, en cas de persistance du problème psychologique au-delà de cette prise en charge, il est nécessaire de recourir à un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour les adultes ou pour les enfants et les adolescents pour diagnostiquer de manière adéquate les pathologies plus complexes, et pour prescrire ou mettre en œuvre correctement la suite du traitement.

Troisièmement, les réglementations tarifaires devraient permettre d'améliorer le traitement des troubles psychiques difficiles et complexes ainsi que l'offre des soins dispensés dans les zones rurales. L'introduction d'un modèle de prescription permettra, conformément à la réglementation soumise à la consultation, de ne plus rembourser dans le cadre de TARMED les soins ambulatoires en psychothérapie psychologique fournis en dehors des institutions, de la même manière que les autres prestations non médicales dispensées de manière autonome. En lieu et place, ils auront leur propre tarif de l'AOS³, comme c'est également le cas pour les neuropsychologues, les physiothérapeutes, etc. Les accords tarifaires entre les partenaires tarifaires doivent être négociés dans le cadre de cette modification.

Conformément aux objectifs du Conseil fédéral visant l'amélioration des soins, les positions des tarifs psychiatriques dans TARMED doivent couvrir leurs coûts. Cette couverture également être garantie pour les prestations de soin dans le cadre du traitement des cas de troubles psychiques graves et complexes, à la fois dans les cabinets médicaux et dans les établissements prodiguant des soins ambulatoires, pour pouvoir éliminer les subventions cantonales actuellement nécessaires, qui empêchent la vérité des coûts.

³Extrait du document de consultation « Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (AOS) et adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes prodiguant des soins sur prescription médicale », chapitre 2.9, page 12.

Pour essayer de limiter l'augmentation du volume des soins de psychothérapie psychologique, la modification de l'ordonnance envisage de réduire de près de 40 % les services spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie, bien que l'on ne s'attende à aucune augmentation de volume dans ce domaine. Cet « effet secondaire » indésirable limite les options de traitement pour les patients présentant des pathologies complexes et graves, ce qui ne peut certainement pas être l'intention du Conseil fédéral.

Il convient également de veiller à ce que les établissements psychiatriques offrant des soins ambulatoires puissent également facturer via TARMED les séances de psychothérapie, qui sont dispensées par des psychologues formés en continu. Ce n'est que de cette manière que les services de formation postgraduée clinique pourront être proposés aux futurs psychothérapeutes psychologues. Il faut s'assurer que les consultations des psychologues spécialistes agréés par l'AOS, qui ont un poste fixe dans ces établissements, peuvent être réglées via TARMED en couvrant tous les coûts.

Enfin, avec cette troisième mesure, le SMHC n'aborde pas la question de tarifs plus élevés, mais d'une structure tarifaire qui prend en compte et permet la couverture des coûts pour les prestations de soins psychiatriques et psychothérapeutiques.

1 Introduction

Le 26 juin 2019, le Conseil fédéral a ouvert la consultation sur « *la nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans le cadre du régime d'assurance obligatoire des soins (AOS)* ». Il y propose un modèle dit « de prescription » qui définit comment les psychothérapeutes psychologues² devraient être utilisés à l'avenir pour soigner les patients atteints de troubles psychiques. Ils ne devraient plus être obligés de travailler sous le contrôle et la supervision d'un psychiatre ou d'un médecin de famille possédant un certificat de capacité correspondant dans ledit « modèle de délégation », mais ils devraient pouvoir travailler de manière indépendante sur prescription médicale et facturer leurs prestations directement via l'AOS. Cette mesure est animée par le désir de fournir une aide psychothérapeutique plus facilement et plus rapidement aux personnes ayant des problèmes psychiques, en particulier aux enfants et aux adolescents, mais également aux adultes en situation de crise ainsi que les patients vivant dans les zones rurales.

Étant donné que la modification du règlement proposée générerait des difficultés considérables en termes de politiques des soins, les auteurs proposent de modifier fondamentalement les conditions-cadres pour réussir à développer et mettre en œuvre un modèle de prescription.

En proposant un changement de système, qui passe d'un modèle de délégation à un modèle de prescription, le Conseil fédéral entend garantir à la population suisse une prise en charge de la psychothérapie psychologique efficace, rapide et économiquement viable. Les associations professionnelles liées au SMHC et les autres associations de spécialistes estiment que cet objectif ne peut être atteint seulement par le changement de système proposé vers un modèle de prescription simple.

Au contraire, il est à craindre que les modifications prévues de l'ordonnance ne conduisent à de nouvelles mesures d'austérité par l'augmentation du volume de prestations de psychothérapies psychologiques, de la part des organismes payeurs et des politiciens pour limiter les conséquences financières du changement de système. Ainsi, nous risquons une nouvelle réduction de l'indemnisation des prestations psychiatriques complexes chez les patients ayant un trouble psychique sévère, notamment pour les « prestations médicales en l'absence du patient » (PAP ; p. ex. par exemple participation des parents, des employeurs, des autorités, des institutions), des services de psychiatrie sociale ou des consultations et des traitements de proximité. Il s'agit d'un cercle vicieux qui

compliquera la réalité déjà difficile du traitement de ces patients. Cela favoriserait également indirectement une redistribution des ressources financières des groupes de patients socialement défavorisés vers ceux socialement favorisés et, bien entendu, une détérioration de la qualité des soins prodigués aux patients atteints de troubles psychiques complexes et graves pour lesquelles la compétence du psychiatre est indispensable⁴. Il s'agit d'une évolution vers une prise en charge à deux vitesses dans le domaine de la psychothérapie psychologique, qui doit être impérativement évitée aux yeux des associations susmentionnées.

Dans sa forme actuelle, le modèle de prescription soumis à la consultations nuit davantage au groupe de patients particulièrement vulnérables qu'il ne le lui profite. L'augmentation du nombre de prestataires de soins dans le domaine de la psychothérapie psychologique n'aide pas ce groupe de patients. En outre, il manque actuellement des données prouvant réellement le besoin d'augmenter le nombre de fournisseurs de prestataires de soins. Cela ressort également clairement des documents relatifs à la consultation⁵ et coïncide avec le rapport publié en 2016 par l'Office fédéral de la santé publique : « L'avenir de la psychiatrie en Suisse - Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255) », qui aboutit aux mêmes conclusions :

« En Suisse, il existe des soins psychiatriques de haute qualité, qui permettent de dispenser des traitements appropriés à de nombreux patients souffrant de troubles psychiques. Cependant, les analyses montrent également qu'il est nécessaire de poursuivre leur développement. Les mesures suivantes peuvent contribuer à un développement durable des structures des offres en psychiatrie : amélioration de la base de la planification statistique pour le développement de toutes les structures d'offres, amélioration de la coordination des offres et développement de la qualité des offres, financement durable des structures d'offre intermédiaires, soutien à la qualification des professionnels de la santé dans le domaine de la psychiatrie. » (Voir page 2 et note de pied de page⁵)

Le Conseil fédéral se sert de la preuve de la demande conformément à l'Article 55a de la loi sur l'assurance maladie pour l'agrément des médecins à la charge de l'AOS ou pour restreindre l'agrément des prestataires de soins⁶. De la même façon, cela veut dire que, parallèlement à l'introduction d'un nouveau modèle, il serait urgent de procéder à une évaluation d'un besoin non satisfait actuellement pour fournir des données qualitatives et quantitatives prouvant le besoin. Dans ce contexte, les documents relatifs à la consultation indiquent que les délais d'attente pour accéder aux services psychiatriques en Suisse semblent être moins longs que dans d'autres pays (libellé de la note de bas de page⁷).

En s'appuyant sur les considérations ci-dessus, les associations professionnelles liées au SMHC proposent le « modèle de prescription coordonné », qui soutient les objectifs visés par le Conseil fédéral et qui contient également des mesures qui apportent des améliorations importantes dans trois domaines :

4 Cette activité est décrite dans les documents de consultation dans la « fiche d'information pour la profession de psychothérapeute » du chapitre 2 Psychothérapie médicale du 26 juin 2019, comme suit : « Dans le contexte des prises en charge interdisciplinaires, les psychiatres assument la responsabilité centrale du traitement et, si nécessaire, ils aident leurs patients à traiter avec les autorités, les compagnies d'assurance et les institutions psychosociales. Les procédures de prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique comprennent l'entretien médical, le traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI), la psychothérapie au sens strict, la pharmacothérapie et d'autres processus biologiques, ainsi que la sociothérapie. »

5 Source dans la note de pied de page³, chapitre Sur-utilisation, sous-utilisation et abus des soins psychiatriques, page 6 : « L'ampleur de la sous-utilisation et de l'abus des soins psychiatriques et psychologiques en Suisse ne peut pas être quantifiée car, d'une part, les données relatives à la prévalence, aux besoins en traitement et à leur utilisation sont insuffisantes et, d'autre part, tous les patients atteints de troubles psychiques ne veulent pas être traités par des psychiatres et des psychologues. »

6 Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) - (renouvellement temporaire de la restriction d'admission en vertu de l'article 55a de LAMal) Modification du 14 décembre 2018, valable du 1er juillet 2019 au 30 juin 2021

7 Source dans la note de pied de page³, chapitre 1.3, page 7 : « les délais d'attente à l'étranger constituent parfois un obstacle important pour l'accès aux prestations psychiatriques. Ils semblent être moins longs en Suisse. »

1. Dans la formation postgraduée des psychothérapeutes psychologues, pour leur permettre de reconnaître les urgences et les autres situations de prise en charge complexes, pour les surmonter soi-même avec des outils de psychothérapie psychologique ou, le cas échéant, de solliciter l'appui de médecins spécialistes de manière ciblée et rapide ;
2. Dans la compétence professionnelle des médecins prescripteurs, pour assurer la qualité de l'indication et l'évaluation du traitement, c.-à-d. éviter les erreurs de diagnostic et d'indications, la sélection des risques et les abus des soins psychiatriques, l'augmentation du volume des prestations et la hausse des coûts ;
3. Dans la couverture des coûts du traitement et de la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques sévères et complexes, ainsi que de la gestion pratique des situations d'urgence et de crise, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés, ainsi que pour assurer la prise en charge de longue durée dans les zones rurales. Ces prestations doivent pouvoir être dispensées en soins ambulatoires, contrairement à la situation actuelle dans TARMED, sans subventions cantonales et, de surcroît, dans les cabinets médicaux.

2 Bases de la situation actuelle

2.1 Formations initiales et postgraduées des psychiatres

2.1.1 Différence entre les psychiatres et les psychologues

La formation initiale et la formation postgraduée des professionnels de la santé en psychiatrie et en psychothérapie pour les adultes ou pour enfants et adolescents diffèrent de manière significative en termes de quantité et de contenu des formations initiales et postgraduées des psychothérapeutes psychologues (Fig. 1). Ces derniers doivent obtenir un diplôme en psychologie après cinq d'études dans une université ou une école d'enseignement supérieur, puis suivre une année de formation postgraduée clinique dans un établissement psychiatrique et une année de formation dans un autre établissement psychosocial. En outre, ils suivent une formation postgraduée longue de trois à quatre ans dans un institut de formation postgraduée en psychothérapie.

Les médecins spécialisés en psychiatrie et psychothérapie pour les adultes, les enfants et les adolescents ont passé l'examen d'état concluant six ans d'études de médecine, ou l'examen fédéral de médecine humaine, puis suivi d'une formation postgraduée clinique complète et basée sur le programme d'études. Il s'agit de six années de travail en qualité de médecin-assistant, dont cinq dans des hôpitaux psychiatriques reconnues par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) et dans des services ambulatoires, et une année dans un hôpital somatique.

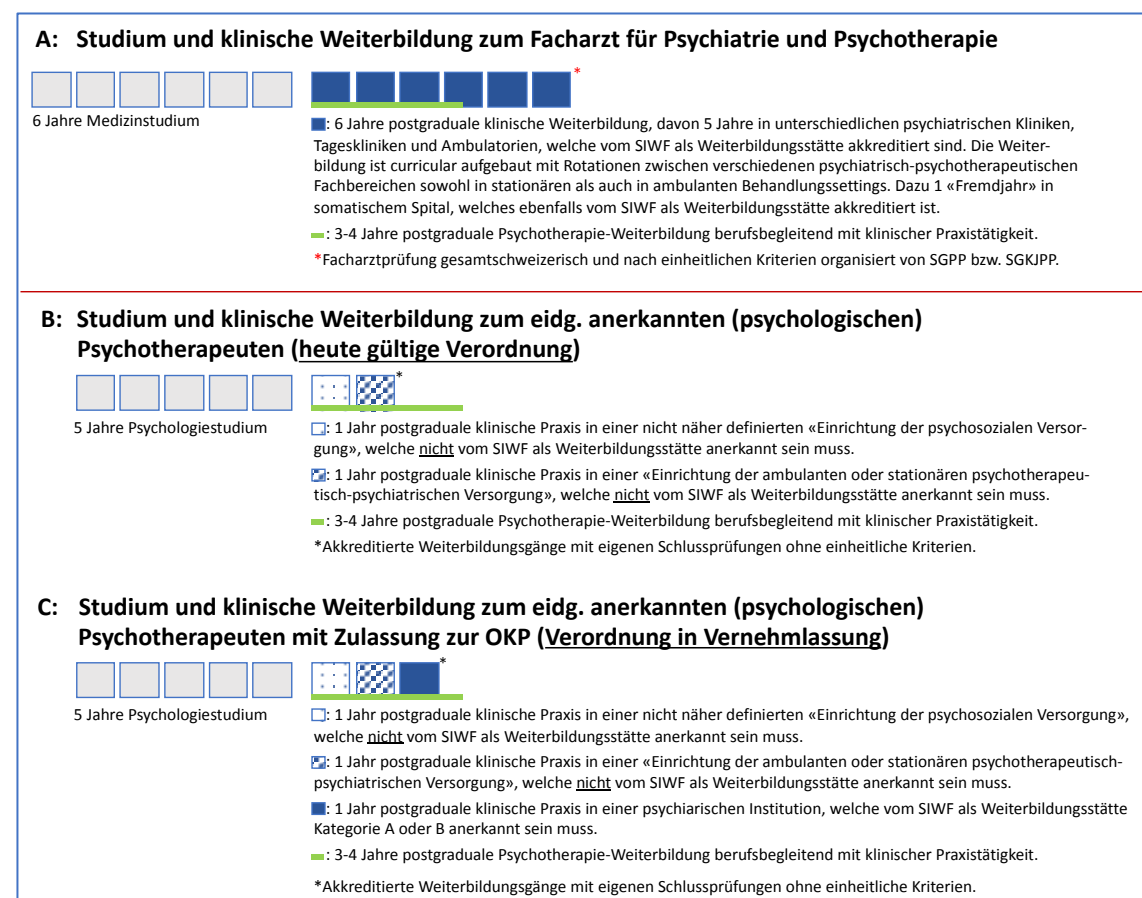


Fig. 1 : Différences dans la formation initiale et la formation postgraduée clinique entre (A) les médecins spécialisés en psychiatrie et psychothérapie pour les adultes ou pour enfants et adolescents (douze ans) et (B ou C) les psychothérapeutes psychologues (sept ou huit ans). Les exigences actuelles en vigueur (B) et les exigences conformément aux documents relatifs à la consultation (C) en ce qui concerne la formation postgraduée pratique ou clinique des psychothérapeutes psychologues ne sont pas suffisantes pour exercer comme psychothérapie psychologue dans un cabinet privé. Outre la courte durée et l'absence de rotation des programmes dans les différentes unités cliniques, des établissements psychiatriques et des domaines focaux de la psychiatrie, Il n'existe aucun critère de qualité professionnelle pour la

formation post-graduée clinique dans les institutions non agréées par l'ISFM. Seuls les établissements agréés par l'ISFM comme centre de formation postgraduée peuvent proposer une formation postgraduée clinique basée sur des objectifs pédagogiques et avec une qualité définie.

La formation complémentaire postgraduée en psychothérapie est semblable pour les médecins spécialisés en psychologie, et elle dure environ trois à quatre ans (les critères actuellement en vigueur pour la formation continue postgraduée clinique des psychothérapeutes psychologues sont décrits dans l'ordonnance du DFI sur la portée et l'accréditation des formations postgraduées dans les professions du domaine de la psychologie [AccredO-LPsy] du 25/11/ 2013 [version du 01/01/2016] ; les critères prévus sont décrits dans la fiche d'information du projet de consultation sur la nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans l'AOS du 26/06/2019 ; les critères de formation postgraduée des médecins spécialistes sont définis dans l'ordonnance pour la formation postgraduée de l'ISFM de 2000).

Pendant cette période de formation postgraduée (Fig. 1A), les futurs psychiatres, contrairement aux futurs psychothérapeutes psychologues (Fig. 1B et C), apprennent à évaluer seuls les urgences et les situations aiguës à la fois psychiatriques et médicales et à prendre des mesures diagnostiques et thérapeutiques. Cette compétence globale leur permet de dispenser les soins d'urgence, la nuit, le week-end et les jours fériés dans la pratique clinique. En outre, ils acquièrent une connaissance approfondie des contextes biomédicaux et psychosociaux (y compris les pathologies psychiques) pendant leurs études de médecins. Ils apprennent à connaître les options de traitement pharmacologique pendant leurs études de médecine et approfondissent ces connaissances en pratique clinique pendant leur formation postgraduée pour leur spécialisation médicale.

L'expertise et l'expérience cliniques sont essentielles pour la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques, notamment en cas de pathologies graves et complexes. La psychopharmacologie continue d'évoluer avec les progrès scientifiques et elle nécessite des connaissances théoriques approfondies et une vaste expérience pratique, en particulier dans le traitement et la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques complexes, ainsi que la résistance au traitement (absence de réponse à plusieurs options thérapeutiques), dans le contexte de co-morbidités psychiatriques et somatiques, d'interactions médicamenteuses, en particulier chez les patients les plus jeunes ou les plus âgés.

2.1.1.1 Formation postgraduée en psychothérapie

Les étudiants de médecine qui se spécialisent en psychiatrie et à la psychothérapie pour les adultes mais également pour les enfants et adolescents, suivent une formation postgraduée de trois à quatre ans (comme les psychothérapeutes psychologues) dans l'une des trois approches psychothérapeutiques fondées sur des preuves scientifiques et reconnues par la discipline médicale du domaine de la psychiatrie. La psychothérapie au sens strict inclut les modèles de psychothérapie psychanalytique, systémique et cognitivo-comportementale.

2.1.1.1.1 Formation postgraduée en psychothérapie des psychiatres

La formation en psychothérapie pour les futurs médecins spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie pour les adultes et pour les enfants et adolescents fait partie des deux programmes de formation postgraduée agréés par le Département fédéral de l'intérieur et elle est assurée par les instituts reconnus par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) et par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent (SSPPEA) et supervisés par l'ISFM. Pour obtenir une spécialisation dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie (spécialisation en psychiatrie et psychothérapie gériatriques, spécialisation en psychiatrie et en psychothérapie médico-légales, spécialisation en psychiatrie et en psychothérapie des troubles de la toxicomanie, et spécialisation en psychiatrie de conseil et de liaison) ou dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie des enfants et des adolescents (spécialisation en psychiatrie et psychothérapie médico-légale pour les enfants et les adolescents) requiert également de suivre une formation postgraduée en psychothérapie qui est spécifique à ces domaines de la psychiatrie. Par exemple, la psychothérapie du patient âgé, la psychothérapie dans le domaine des dépendances ou la psychothérapie chez les patients avec antécédents judiciaires, etc.

2.1.1.1.2 Formation postgraduée psychothérapeutique des psychologues

La formation postgraduée des futurs psychothérapeutes psychologues est régie par les normes de qualité pour l'accréditation des cours de formation postgraduée en psychothérapie, conformément à la loi sur les professions de la psychologie (LPsy). Les exigences concernant la psychothérapie au sens strict (supervision, conscience de soi, théorie) sont comparables aux exigences demandées aux futurs psychiatres.

2.1.1.2 Formation postgraduée clinique, expérience et compétence

Comme indiqué ci-dessus (voir Fig. 1), les groupes professionnels de psychothérapeutes psychologues et de psychiatres sont très différents, à la fois en termes de temps de formation requis dans leur expérience pratique et dans leurs compétences cliniques.

Il y a des différences significatives entre les années d'expérience clinique (durée beaucoup plus courte et absence de rotation chez les psychologues) et la formation théorique (connaissances et compétences) dans le domaine principal de la psychiatrie (psychopharmacologie, évaluation bio-psycho-sociale, interventions en urgence et consultations, etc.).

2.1.1.2.1 Formation postgraduée clinique des psychiatres

Les médecins spécialisés en psychiatrie bénéficient de formations initiales et postgraduées théoriques et pratiques approfondies, ainsi que d'une expérience dans le traitement de patients atteints de troubles graves, avec des crises aiguës et des pathologies physiques, qui sont en général souvent associées à des troubles psychiques ou des pathologies concomitantes (comorbidités). Dans leurs raisonnements pour poser le diagnostic, les médecins spécialisés en psychiatrie considèrent également l'état physique et médical général avec l'état psychologique du patient. En outre, ils possèdent une grande expérience clinique dans diverses procédures thérapeutiques, y compris des interventions biologiques, médicales et sociales, et ils vont donc bien au-delà de la psychothérapie comme option thérapeutique unique. En outre, les programmes de formation postgraduée en psychiatrie s'assurent de manière structurée que les participants à la formation postgraduée acquièrent une très large expérience des pathologies psychiques dans différentes situations de traitement : depuis les enfants et les adolescents (jusqu'à la fin de l'adolescence) chez les futurs psychiatres pour enfants et adolescents jusqu'aux personnes âgées chez les futurs psychiatres gériatriques, en passant par toutes les étapes de la vie adulte. Dans le contexte des prises en charge interdisciplinaires, les psychiatres assument la responsabilité centrale du traitement et, si nécessaire, ils aident leurs patients à traiter avec les autorités, les compagnies d'assurance et les institutions psychosociales. Leur compétence en approche bio-psycho-sociale (c'est-à-dire intégrant les dimensions biomédicales, psychologiques et sociales de la compétence spécifique en médecine humaine) permet aux médecins spécialistes de prendre en charge l'ensemble des patients souffrant de troubles psychiques avec des outils psychiatriques et psychothérapeutiques.

Les participants aux formations postgraduées pour le titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou pour le titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents doivent terminer, en plus de la formation post-graduée en psychothérapie complète, une formation postgraduée en psychiatrie théorique et basée sur des objectifs pédagogiques dans un centre de formation postgraduée reconnue par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) ou par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent (SSPPEA) pour un enseignement qui requiert au moins 240 crédits. Ils doivent également justifier d'au moins 180 crédits supplémentaires pour approfondir leurs connaissances en psychiatrie et en psychothérapie en participant à des sessions de formation postgraduée reconnues. En outre, ils doivent rédiger des rapports et passer des examens organisés à l'échelle de la Suisse. Pour une formation postgraduée supplémentaire dans les domaines clés de la psychiatrie et de la psychothérapie, les participants à la formation postgraduée des médecins doivent satisfaire à des

exigences supplémentaires en matière d'expérience clinique (durée et rotation), de supervision, de cours et d'examens.

2.1.1.2.2 Formation postgraduée clinique de psychothérapeutes psychologues

Pour les psychologues ayant une formation initiale en sciences humaines et suivant une formation postgraduée pour être psychothérapeutes psychologues, il n'existe actuellement aucune disposition qui garantirait leurs compétences cliniques et pratiques et qui leur permettrait de contrôler leur qualité professionnelle. Pour cette raison, il est de la plus haute importance de veiller à la qualité de la formation postgraduée clinique, comme elle est décrite dans le « modèle de prescription coordonnée » avec la mise en place d'un modèle de prescription, dans lequel les psychothérapeutes psychologues travaillent de manière autonome et sous leur propre responsabilité.

2.2 Prestataires de soins psychiatriques et psychologiques en Suisse

2.2.1 Régulation non équilibrée du nombre des psychiatres et des psychologues

Même en ce qui concerne le nombre de professionnels autorisés à exercer en psychothérapie psychologique, il existe de grandes différences entre les psychiatres et les psychologues. Alors que le numerus clausus s'applique aux études de médecine, l'étude de la psychologie n'est soumise à aucune restriction des admissions, ni dans les universités ni dans les Hautes écoles spécialisées. En outre, il y a de plus en plus de programmes de formation postgraduée en psychothérapie qui, sans aucune relation avec la demande du marché du travail, forment des psychologues à devenir des psychothérapeutes reconnus au niveau fédéral. Il existe également un manque d'options de contrôle pour la formation continue postdoctorale, qui sont axées sur le besoin en prestations de soins. L'augmentation du nombre de cours de formation postgraduée en psychothérapie, qui s'élève aujourd'hui à plus de 40 dans toute la Suisse, découle principalement du grand intérêt des instituts de formation postgraduée pour un plus grand nombre de candidats à la formation postgraduée. En outre, il manque des mesures sur la manière dont les psychothérapeutes psychologues doivent acquérir de l'expérience nécessaire auprès des patients dans différentes phases de la vie (enfants, adolescents, adultes aux différentes étapes de la vie, y compris les personnes âgées) et dans des environnements de traitement différents (hôpitaux psychiatriques, consultations ambulatoires, prise en charge des situations de crise et d'urgence, hôpitaux de jour, hôpitaux de soins de courte durée, maisons de repos ou cliniques de rééducation).

Dans le cas des postes de médecin-assistant, il existe en raison de la réalité de la fourniture des soins une corrélation compréhensible entre le nombre de candidats à la formation postgraduée et les besoins (contrôle quantitatif indirect). En raison du nombre limité de places dans les études de médecine, le nombre de médecins-assistants titulaires d'un diplôme de médecin suisse ne peut pas combler les besoins des hôpitaux suisses. C'est le cas dans pratiquement toutes les disciplines médicales, mais particulièrement en psychiatrie et en psychothérapie pour les adultes, les enfants et les adolescents. Selon les statistiques de la FMH⁸, le pourcentage des médecins diplômés à l'étranger et travaillant dans les hôpitaux suisses était de 39,3 % en 2017 et de 29,3 % en soins ambulatoires.

Du point de vue de la fourniture des soins, mais aussi du point de vue des institutions de formation postgraduée qui sont donc responsables de la promotion de la relève, il est essentiel que le domaine de la psychiatrie maintienne non seulement son attractivité, mais qu'il l'augmente pour attirer

⁸Hostettler S et Kraft E, statistiques médicales de la FMH en 2017 – chiffres actuels Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

suffisamment de jeunes médecins intéressés par la discipline. C'est également pour cette raison qu'il est important à moyen et à long terme de concevoir des modèles de coopération multi-professionnelle et des structures tarifaires de manière à ce que la psychiatrie puisse attirer à l'avenir suffisamment de médecins qui peuvent traditionnellement garantir l'utilisation de la psychiatrie et la psychothérapie de haute qualité en Suisse pour toutes les pathologies, quelle que soit leur gravité.

2.2.2 Forte densité des prestataires de soins en Suisse

En principe, la Suisse a une très bonne offre de prise en charge des troubles psychiques (voir également l'évaluation de l'Office fédéral de la santé publique⁵). Le pays compte la plus forte densité de psychiatres dans le monde, avec environ 3 800 médecins spécialisés en psychiatrie et psychothérapie et plus de 700 médecins spécialisés en psychiatrie et psychothérapie pour les enfants et les adolescents. Dans le pays de l'OCDE qui a la deuxième plus forte densité de psychiatres après la Suisse, il y a environ deux fois moins de psychiatres en activité pour 100 000 habitants qu'en Suisse (Fig. 2).

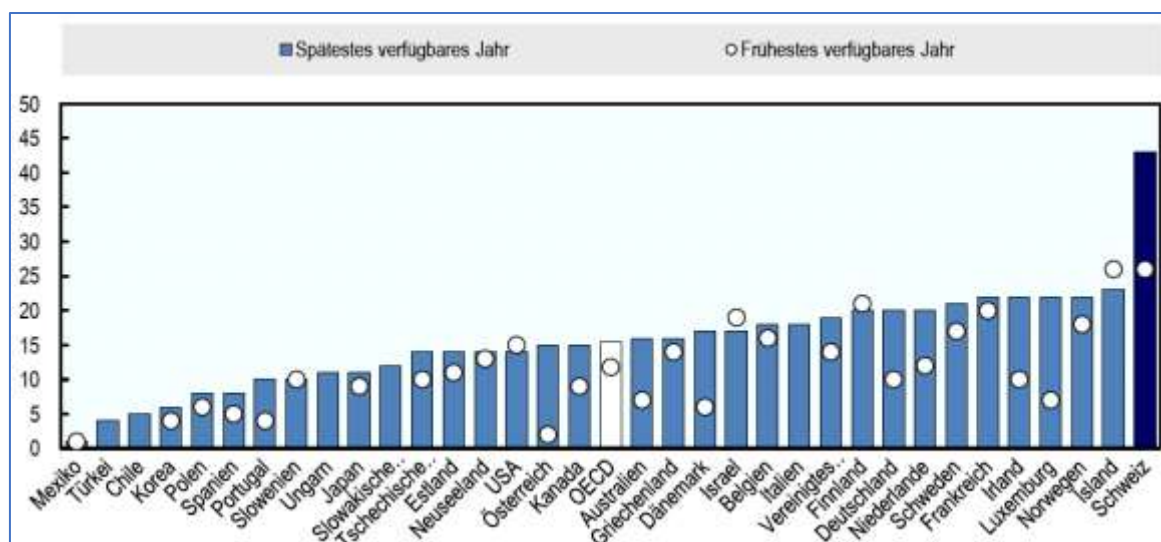


Fig. 2 : Nombre de psychiatres en Suisse : densité des psychiatres (nombre de psychiatres pour 100 000 habitants) dans les pays de l'OCDE, première et dernière années disponibles. Tiré de OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Berne, www.bbl.admin.ch.

Comme le montre la Fig. 3, le nombre des futurs psychiatres pour adultes ayant réussi l'examen de spécialiste s'est stabilisé à un niveau élevé, contrairement à la prévision de l'AMCP en 2012⁹.

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

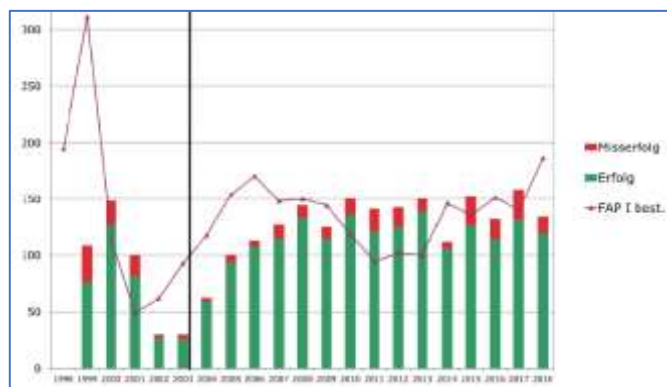


Fig. 3 : Nombre de médecins ayant suivi une formation postgraduée spécialisée en psychiatrie et en psychothérapie entre 1998 et 2018 et ayant réussi l'examen de spécialiste (EDS). Ce nombre est resté stable ces dix dernières années.

Données non publiées (2019), par ordre de la commission d'examen de la SSPP par l'Institut pour la formation médicale de l'Université de Berne.

Il convient de noter que la MEBEKO a ajouté les diplômes de formation postgraduée étrangers aux diplômes de formation postgraduée de l'ISFM depuis 2002 (Tab. 1).

| Année | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Psychiatrie et psychothérapie (diplômes décernés par l'ISFM)* | 164 | 140 | 116 | 131 | 171 | 143 | 143 | 85 | 106 | 118 | 117 |
| Psychiatrie et psychothérapie (diplômes reconnus par MEBEKO) ** | 64 | 53 | 62 | 66 | 107 | 118 | 107 | 139 | 135 | 123 | 93 |
| Psychiatrie et psychothérapie pour les enfants et les adolescents (diplômes décernés par l'ISFM)* | 28 | 36 | 14 | 25 | 28 | 26 | 24 | 31 | 16 | 25 | 30 |
| Psychiatrie et psychothérapie pour les enfants et les adolescents (diplômes reconnus par MEBEKO) ** | 8 | 5 | 12 | 12 | 15 | 24 | 12 | 17 | 27 | 23 | 27 |

Tab. 1. Reconnaissance par MEBEKO du titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour adultes ou pour enfants et adolescents (Sources : * statistiques médicales de la FHM <https://www.fmh.fr/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.cfm#i131905> ; ** Statistiques de toutes les professions médicales <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Le nombre des psychothérapeutes psychologues suisses reconnus au niveau fédéral en Suisse s'élève à environ 7 600 et leur densité est environ deux fois plus élevée que celle des médecins spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie.

Malgré cette densité quantitativement élevée, les délais d'attente pour une place de thérapie en Suisse sont parfois trop longs. En particulier, les personnes atteintes de troubles psychiques graves sont les plus susceptibles d'être affectées par ces délais. Elles sont souvent prises en charge dans les services ambulatoires des hôpitaux psychiatriques ou dans le cadre de la « psychiatrie intermédiaire » (p. ex. dans des hôpitaux et des centres de jour) ou, en raison d'un manque de capacité, par les professionnels de la santé de premier recours (principalement par les médecins de famille et les pédiatres).

2.2.3 Besoin de prendre en charge les cas complexes en Suisse

Les cas plus complexes, qui présentent souvent d'autres pathologies psychiatriques et somatiques comorbides, nécessitent une prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique intégrée, et ils ne peuvent pas être pris en charge par des psychothérapeutes psychologues formés selon les « normes de qualité » actuellement en vigueur. Cela ne changera pas après la mise en place du modèle de prescription présenté par le Conseil fédéral. Ces patients, pour lesquels il est nécessaire de considérer

l'ensemble du spectre des facteurs biomédicaux, psychologiques et sociaux, ont besoin d'une prise en charge et d'une thérapie complexes adaptés qui vont bien au-delà de la simple psychothérapie au sens strict. Ces soins incluent également des examens et des interventions supplémentaires. Les psychothérapeutes psychologues sont trop peu formés au cours de leur formation initiale et de leur formation postgraduée pour avoir les connaissances et l'expérience supplémentaires requises, et ils ne peuvent garantir la prestation de tels soins.

2.2.3.1 Coûts actuels des prestations de psychothérapie psychologique

Le nombre des prises en charge par des psychothérapeutes psychologues dans le cadre de la psychothérapie déléguée a considérablement augmenté ces dernières années. Les chiffres statistiques de SASIS AG, qui sont reproduits dans les documents de la consultation¹⁰, montrent ce que cette augmentation signifie en termes de coûts. En 2012, les coûts annuels d'une psychothérapie psychologique déléguée s'élevaient à environ 230 millions de francs suisses. En 2017, ils dépassaient déjà largement les 400 millions de francs suisses, soit une augmentation de 74 %.

2.2.3.2 Manque de praticiens en psychothérapie psychologique ?

Compte tenu du nombre extrêmement élevé de psychothérapeutes psychologues exerçant en Suisse par rapport aux autres pays et du nombre croissant des prises en charge psychothérapeutiques, le déficit présumé de praticiens dans le domaine de la psychothérapie n'est pas plausible. Une étude sur l'économie de la santé menée au Canada¹¹ est parfois citée comme un argument pour demander des psychothérapeutes psychologues supplémentaires. Elle a montré que les économies réalisées sur les coûts totaux des soins de santé au niveau national étaient deux fois plus importantes que le coût des prestations psychologiques. De nombreuses études ont montré que la prise en charge à long terme des souffrances mentales (les plus graves) réduisait les coûts de la santé sur le plan économique. Cependant, les conclusions canadiennes sur les effets préventifs des psychothérapeutes psychologues ne peuvent être transposées en Suisse que partiellement, car la densité de psychiatres pour 100 000 habitants en Suisse est 3 fois plus élevée qu'au Canada.

2.3 Problèmes de prestation des soins liés au système tarifaire en Suisse

En Suisse, il existe plutôt une mauvaise utilisation des prestations psychiatriques et les ressources disponibles ne sont pas utilisées comme il convient.

Cependant, cette situation précaire n'est pas imputable aux prestataires de soins praticiens, mais elle est inhérente au système de rémunération actuel de TARMED, qui « pénalise » de facto les psychiatres pour adultes, enfants et adolescents qui prennent en charge des patients avec des coûts de traitement plus élevés, et le mode de rémunération en vigueur génère de mauvaises tentations/incitations. Dans le système tarifaire actuel, la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques graves est finalement pire que celle des patients ayant de troubles psychiques légers. Il existe donc principalement des raisons économiques et opérationnelles qui rendent leur prise en charge spécialisée difficile.

¹⁰Source dans la note de bas de page ⁴, chapitre 3. Effets, 3.1 Généralités, 3e paragraphe, page 13

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

2.3.1 Moins bonne prise en charge des cas complexes

Le tarif actuel de la psychiatrie médicale dans TARMED (sous-chapitre 02.01, « Diagnostic et traitement en psychiatrie »), qui s'applique à la fois à la psychothérapie médicale (Articles 2 et 3 de l'OPAS) et au traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI), ne couvre pas ou seulement partiellement les coûts des dépenses et des prestations supplémentaires, qui sont nécessaires pour les patients atteints de troubles psychiques graves. En particulier, les PAP, c'est-à-dire les prestations médicales en l'absence du patient (p. ex. les discussions avec les tuteurs, les autorités, les assureurs, mais aussi la rédaction de rapports détaillés, etc.), ne sont pas décrites (tant dans la définition que dans l'interprétation des prestations) et ne sont donc pas rémunérées. En raison de leur maladie, le taux d'observance thérapeutique de ces patients gravement malades est moins élevé. Il est fréquent qu'ils ne se présentent pas aux rendez-vous convenus (les « lapins » qui entraîne des « trous dans l'agenda » qui ne sont pas couverts par les tarifs). Dans le cas des franchises, ils ont une discipline de paiement moins stricte et nécessitent beaucoup plus de prestations de base fixe et des « prestations en l'absence du patient » (PAP), qui étaient sévèrement limités dans le tarif (limité) et qui sont donc aujourd'hui disponibles uniquement pour le traitement de cette catégorie de patients de manière limitée. L'un des grands inconvénients est que cela va au-delà d'une psychothérapie pure au sens strict. Les prestations diagnostiques et thérapeutiques multimodaux très complexes, tels que la coordination des systèmes de soins médicaux et psychosociaux, ainsi que la mise en place et l'utilisation d'équipes de proximité (visites à domicile, interventions à domicile et à l'hôpital en situations de crise et d'urgence) ne peuvent être compensées autrement que comme une seule psychothérapie « spécialisée » (conformément aux articles 2 et 3 de l'OPAS).

Ces prestations complexes ne peuvent pas être fournies de manière indépendante par des psychologues, parce qu'ils ne disposent pas des connaissances techniques requises, autant quant à la durée et au contenu de la formation postgraduée requis actuellement mais également dans le projet d'ordonnance soumis à la consultation.

Dans le système de santé suisse, la prise en charge de patients atteints de troubles psychiques graves dépend du financement supplémentaire public par les cantons à cause de l'indemnisation insuffisante prévue dans TARMED. Ce n'est que de cette façon que les coûts engagés dans les hôpitaux peuvent être couverts (dans une certaine mesure) aujourd'hui. Cette situation peu satisfaisante doit être corrigée de toute urgence avec un tarif qui couvre les coûts réels (transparence des coûts).

Il ne fait aucun doute que le modèle de prescription soumis à la consultation n'améliore rien pour ces patients, tant que les psychothérapeutes psychologues continuent à être formés selon les critères actuels.

2.3.2 Mauvaises tentations et sélection des risques

Au contraire, le modèle de prescription créerait plutôt des mauvaises tentations supplémentaires, en favorisant la prise en charge préférentielle des patients bien intégrés socialement et atteints de légers troubles psychiques. Pour des raisons professionnelles, notamment en raison des objectifs pédagogiques et de la portée de la formation postgraduée, il est actuellement impossible pour les psychothérapeutes psychologues d'assumer la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques graves et complexes dans le cadre d'une activité indépendante.

2.3.2.1 Expériences en Allemagne

La situation en Allemagne montre à quel point il est important de respecter les conditions-cadres permettant de conserver des prestations de base intacts et de les différencier ou de les réglementer avec discernement afin d'éviter les mauvaises tentations et la sélection des risques.

Un modèle de prescription a été introduit en Allemagne depuis environ 20 ans, et il est très similaire au modèle de prescription que le Conseil fédéral a soumis à la consultation. Le résultat est que le nombre de psychothérapeutes psychologues a continué d'augmenter de manière constante et ce, même plusieurs années après l'introduction du modèle de prescription qui n'est coordonné d'aucune manière. La Fig. 4 montre une augmentation quasi linéaire à presque exponentielle du nombre de psychothérapeutes psychologues de 2008 à 2017, alors que le nombre des autres professionnels de la santé mentale a augmenté à un rythme beaucoup plus lent.

En outre, il a été démontré que la majorité des psychothérapeutes psychologues se concentraient sur les pathologies les moins complexes. Après avoir autorisé les psychothérapeutes psychologues à exercer indépendamment en Allemagne il y a environ 20 ans, de manière intégrée dans un système qui est identique au modèle de prescription proposé par le Conseil fédéral, à l'exception de quelques détails, les délais d'attente pour une place en psychothérapie ne sont pas raccourcis, mais ils se sont même allongés considérablement. En conséquence, la directive sur la psychothérapie a été révisée et la révision qui est appliquée en Allemagne depuis le 1er avril 2017, oblige les psychothérapeutes à proposer une consultation aux patients en crise psychologique aiguë. Néanmoins, le délai d'attente moyen pour une prise en charge aiguë dans un cabinet de psychothérapie est toujours supérieur à trois semaines et il faut attendre environ 20 semaines pour une psychothérapie au sens strict. Les délais d'attente varient beaucoup d'une région à une autre (p. ex. 13,4 semaines à Berlin, 29,4 semaines dans la région de la Ruhr)¹². La prise en charge des patients atteints de troubles psychiques sévères et complexes ne s'est également pas améliorée.

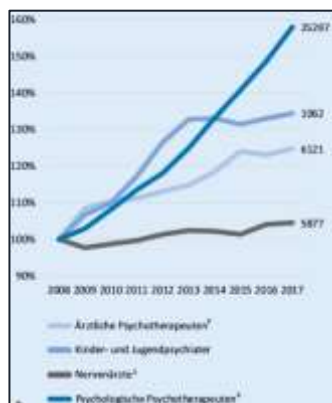


Fig. 4 : Évolution relative du nombre de praticiens de soins ambulatoires entre 2008 (année de référence = 100 %) et 2017. Recensement par habitant Définition des groupes de médecins selon le registre médical allemand. ⁴Médecins spécialisés en psychothérapie, y compris les médecins spécialisés en médecine psychosomatique et en médecine psychothérapeutique. ⁵Médecins neurologues, y compris les médecins spécialisés en neurologie et en psychiatrie ⁶ Psychothérapeutes psychologues, y compris les psychothérapeutes pour les enfants et les adolescents, extrait de Thom et al. Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? [épidémiologie de la prise en charge des troubles psychiques : pourquoi les prévalences ne diminuent-elles pas malgré l'augmentation de l'offre de soins ?] Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Du point de vue clinique, il est particulièrement important de noter que le déplacement de ces patients des cabinets privés aux services ambulatoires des hôpitaux s'est même intensifié. Cette situation peu satisfaisante a conduit le ministre fédéral allemand de la Santé, Jens Spahn, à développer un nouveau système, qui fait actuellement l'objet de débats intenses¹³.

L'expérience décevante en Allemagne devrait nous servir de leçon. C'est un enseignement que nous concrétisons avec notre « modèle de prescription coordonné ». Sans normes de qualité pour l'agrément des cours de formation postgraduée en psychothérapie, sans amélioration de la formation postgraduée des psychologues, sans garantie de la qualification des médecins prescripteurs, sans planification des prestataires de soins et sans indemnisation couvrant les coûts de la prise en charge et du traitement des troubles psychiques graves et complexes, l'augmentation incontrôlée des volumes de prestation avec une nouvelle augmentation des coûts et des conséquences sur les primes est inévitable. Comme l'exemple de l'Allemagne nous le montre, cette augmentation des praticiens n'apporte aucune amélioration, ni pour le traitement des patients atteints de troubles graves ni pour la fourniture des soins aux populations vivant dans les régions périphériques.

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

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

La Fig. 5 montre la manière dont les cabinets de psychothérapie psychologique sont concentrés dans certains centres urbains et la faible couverture médicale des zones rurales du fait de cette évolution en Allemagne. Ainsi, 20 ans après l'introduction d'un modèle de prescription très similaire au modèle que le Conseil fédéral a soumis à la consultation, la réalité est très préoccupante.

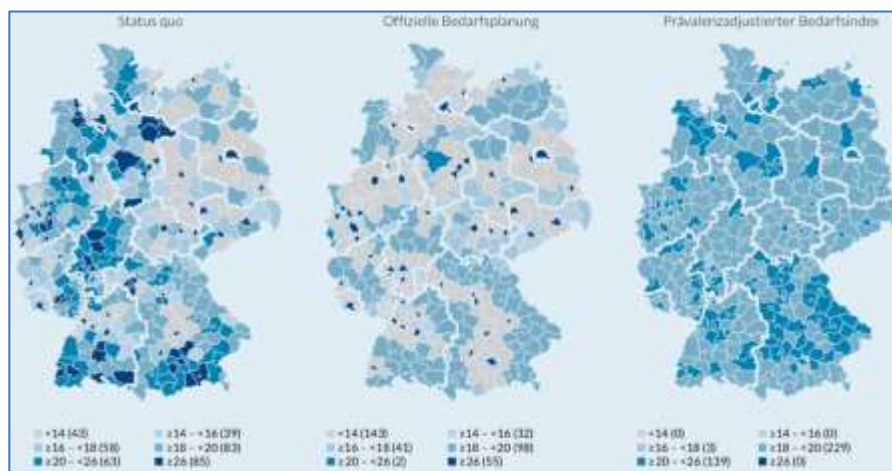


Fig. 5 : Nombre de psychothérapeutes pour 100 000 habitants sur la base du nombre total actuel, 2015 (circonscription). En prenant en compte de l'indice des besoins en matière de troubles psychiques, les différences de prévalence régionales deviennent évidentes. La concentration des psychothérapeutes dans les villes est illustrée par les chiffres suivants : les cabinets des psychothérapeutes en Allemagne ne sont pas distribués selon les besoins. La moitié des thérapeutes exercent dans les grandes villes, où vit seulement un quart de la population (données de l'IGES basées sur les données de DEGS1-MH et les données d'INKAR, Faktencheck Psychotherapeuten 2016 [faits concrets sur les psychothérapeutes en 2016]). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Le modèle de prescription envisagé par le Conseil fédéral devrait entraîner une nouvelle augmentation des volumes de prestations avec une augmentation des coûts, d'autant plus que, contrairement aux soins médicaux réglementés, il n'existe pas de planification de la fourniture des soins et de l'agrément des psychologues au niveau cantonal. Aucune mesure n'est prévue pour améliorer la fourniture des soins dans les zones rurales.

3 Considérer cette rupture comme une opportunité : Des mesures pour un « modèle de prescription coordonné »

La rupture avec le changement de système prévu par le Conseil fédéral pour la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique de base et spéciale comporte des risques, mais représente également une grande opportunité à saisir. C'est une opportunité de repenser le « système de santé mentale » suisse et d'améliorer les soins de base et les soins spéciaux pour les patients atteints de troubles psychiques.

Avec le « modèle de prescription coordonné », SMHC et les associations professionnelles affiliées proposent un changement de système complet et prometteur, qui concrétise les objectifs du Conseil fédéral de manière réaliste, sans les risques et les effets secondaires susmentionnés. Pour ce faire, trois mesures sont nécessaires. Nous les expliquons ci-dessus.

Un modèle de soins psychiatrique-psychothérapeutique durable doit être axé à la fois sur le bien-être des patients et sur leur besoin en soins. Dans ce contexte, les conditions suivantes doivent être remplies : un accès plus rapide, si nécessaire, en urgence à des services psychiatriques (psychothérapeutiques) d'évaluation et de traitement en ambulatoire, une garantie de cet accès en particulier pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves en situation d'urgence ou de crise, un temps d'attente réduit pour les psychothérapies avec une indication professionnelle compétente et une évaluation de l'évolution clinique assurée, ainsi que la disponibilité de ces offres de services à proximité de chez soi dans les zones urbaines et les zones rurales.

Cela implique est la conversion du système actuel en un « modèle de prescription coordonné », qui reprend les objectifs du Conseil fédéral et l'étend par trois mesures importantes.

3.1 Mesure 1 : Formation postgraduée clinique des psychothérapeutes psychologues

Les exigences en matière de compétence professionnelle des psychothérapeutes psychologues dans le domaine des maladies psychiques doivent être accrues.

Cet objectif peut être atteint comme suit :

- en adaptant les normes de qualité relatives à l'agrément des cours de formation postgraduée destinés aux psychothérapeutes psychologues (augmentation de l'expérience pratique actuellement en vigueur de deux ans dans un « établissement de soins psychosociaux » ou dans un « établissement psychiatrique/psychothérapeutique »)
- ou après l'obtention du certificat de formation postgraduée comme critère supplémentaire pour autoriser l'exercice de son activité à la charge de l'AOS.

Dans la situation actuelle de la consultation, cette exigence n'est possible que par le critère « exigence de base pour autoriser l'exercice d'une activité à la charge de l'AOS ».

L'objectif du « modèle de prescription coordonné » est de garantir l'expérience clinique en augmentant quantitativement et qualitativement la durée de la formation postgraduée dans les établissements psychiatriques et les centres de formation postgraduée (catégories A, B et C) de **trois** ans (dont deux ans pendant la formation postgraduée pour devenir psychothérapeute agréé au niveau fédéral et un an après) à **cinq** ans (voir la Fig. 6).

La formation postgraduée des psychologues (de la même façon que les assistants psychiatriques) devrait être organisée dans un programme clinique, pendant lequel ils se familiariseront avec des troubles psychiques de types et de degrés de gravité différents, ainsi que dans différents contextes de traitement et différentes étapes de la vie pendant une période de temps raisonnable.

Pour garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge, cette disposition doit s'appliquer à tous les psychothérapeutes psychologues, et pas seulement à ceux qui seront nouvellement agréés à compter de l'entrée en vigueur du nouveau règlement. Elle permet également d'utiliser les psychothérapeutes psychologues dans les soins de base et les prestations centrales dans les situations de crise et d'urgence la nuit, les week-ends et les jours fériés.

Les psychologues, qui travaillent déjà dans des institutions depuis longtemps, soulignent que leur grande expertise leur permet, grâce à une formation postgraduée appropriée, d'assumer de nombreuses tâches de la prise en charge des patients gravement malades, en étroite coopération avec les autres professions de la santé.

3.1.1 Critères de formation postgraduée insuffisants pour les futurs psychothérapeutes psychologues dans le projet d'ordonnance sur l'assurance maladie qui a été soumis à la consultation.

L'expérience clinique supplémentaire **d'un an** dans un centre de formation en psychiatrie pour adultes ou adultes agréé par l'ISFM de catégorie A ou B, requise par la modification de l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal), après l'obtention du certificat fédéral de formation postgraduée psychothérapie, est insuffisante.

3.1.1.1 Les compétences cliniques des psychothérapeutes psychologues dans des domaines importants ne sont pas pris en compte dans l'OAMal

Les catégories A et B de l'ISFM comprennent les centres de formation postgraduée en psychiatrie générale. Autrement dit, ces critères n'incluent pas les centres de formation postgraduée en psychiatrie pour les enfants et les adolescents, en psychiatrie gériatrique, en psychiatrie pour les troubles liés à une dépendance, en psychiatrie médico-légale, en psychiatrie de conseil et de liaison.

3.1.1.2 Nécessité d'un cursus structuré de formation postgraduée avec catalogue des objectifs pédagogiques pour les psychothérapeutes psychologues

Une formation postgraduée organisée par un cursus est nécessaire pour les futurs psychothérapeutes psychologues, pour les guider pendant les **cinq années d'étude** dans les centres de formation postgraduée en psychiatrie agréés par l'ISFM et pour leur permettre d'atteindre tous les objectifs majeurs de la formation postgraduée clinique (Fig. 6), analogue à la formation postgraduée des médecins assistants¹⁴ (Fig. 1A). Sinon, l'objectif d'acquérir une vaste expérience clinique avec les

¹⁴ La rotation clinique des programmes d'étude est un élément central du programme type élaboré par le World Psychiatric Association (WPA) ou l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). WPA : Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS : Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

différents groupes d'âge, les différentes maladies et leurs différents degrés de sévérité ne peut être atteint. Contrairement à la psychiatrie avec ses deux titres de spécialiste distincts (psychiatrie et psychothérapie pour les enfants et les adolescents ou psychiatrie et psychothérapie pour les adultes) et les autres sous-spécialités dans ces domaines, le projet actuel suppose que les psychothérapeutes psychologues sont capables de traiter les patients de tous âges sans distinction sans justifier de l'expérience clinique nécessaire. Cette situation est indéfendable professionnellement, d'autant plus qu'il existe un certificat fédéral suisse distinct dans le domaine de la psychologie de l'enfant et de l'adolescent, qui n'est d'ailleurs pas pris en compte dans la consultation en cours.

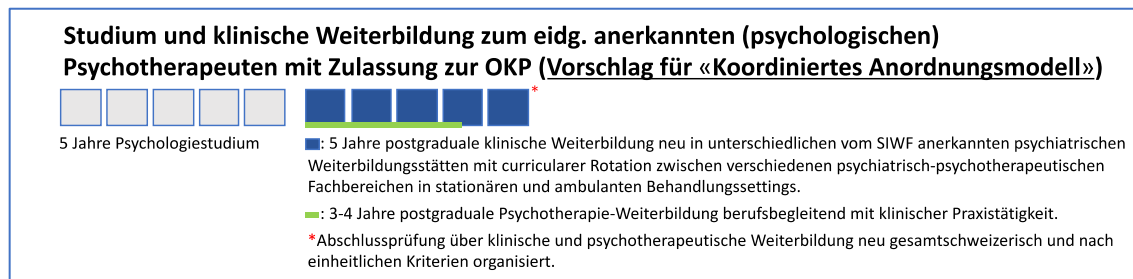


Fig. 6 : Formation postgraduée clinique requise pour les psychothérapeutes psychologues dans le « modèle de prescription coordonné » : pour préparer adéquatement du point de vue clinique les psychothérapeutes psychologues à travailler indépendamment dans leur propre cabinet, la durée de la formation postgraduée doit être augmentée à cinq ans et intégrée dans un cursus. Elle doit avoir lieu dans des établissements psychiatriques offrant des soins hospitaliers et ambulatoires qui ont agréés par l'ISFM comme des centres de formation postgraduée en psychiatrie et en psychothérapie. Contrairement aux ordonnances en vigueur et à celle qui est l'objet de la consultation (voir aussi la Fig. 1), l'ensemble de la formation postgraduée clinique destinée aux futurs psychothérapeutes psychologues aura lieu dans des centres de formation postgraduée agréés par l'ISFM.

3.1.1.3 Critères unifiés à l'échelle de la Suisse pour l'obtention du certificat de formation postgraduée des psychothérapeutes psychologues

En outre, un organe de coordination global doit être établi dans le domaine de la formation postgraduée de la profession de psychologue, où les parties prenantes concernées seront représentées. Pour ce faire, l'ISFM pourrait servir d'exemple. L'ISFM regroupe tous les principaux acteurs des formations complémentaires et continues des médecins : toutes les associations médicales, les facultés de médecine et autres fournisseurs agréés de programmes de master, les personnes participant aux formations, les formateurs, les représentants des centres de formation postgraduée et les institutions publiques (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Office fédéral de la santé publique (OFSP), Commission des professions médicales (MEBEKO)). À ce niveau, qui est supérieur aux fournisseurs agréés de programmes de formation postgraduée, il devrait également être possible de réglementer et de coordonner au niveau national l'attribution des titres (pour tous les domaines en psychologie où il est possible d'obtenir des diplômes suisses de formation postgraduée) et la reconnaissance des cours et des centres de formation postgraduée.

3.1.1.4 Les centres de formation postgraduée pour les futurs psychothérapeutes psychologues sont en péril

Enfin, il convient de veiller à ce que, du fait de la suppression de la psychothérapie déléguée, les services fournis par les psychothérapeutes psychologues dans les services ambulatoires et ceux qui suivent une formation postgraduée sans autorisation d'exercer leur activité à la charge de l'AOS ne

soient pas exclus de la facturation des prestations à la charge de l'AOS¹⁵. Cela affaiblirait en particulier les services ambulatoires des établissements psychiatriques et leur rôle important dans la prise en charge des patients.

En d'autres termes, contrairement à ce qui est énoncé dans les documents de la consultation, le sous-chapitre 02.02 doit rester dans TARMED (« Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière »). Ceci est décrit de manière plus approfondie dans le chapitre 3.3.3.1.

Cela limiterait également leur capacité financière à dispenser une formation postgraduée clinique aux psychothérapeutes psychologues et à leur proposer des soins ambulatoires appropriés. Par conséquent, une solution axée sur les objectifs est proposée en ce qui concerne les services ambulatoires en établissement psychiatrique (voir ci-dessous dans le chapitre 3.3).

Pour atteindre les objectifs de la modification de l'ordonnance, les exigences de qualité accrues pour la formation postgraduée clinique des psychothérapeutes psychologues doivent également s'appliquer aux psychologues déjà titulaires d'une licence cantonale valide et travaillant désormais dans leur propre cabinet.

3.2 Mesure 2 :

Évaluation de la qualité de l'indication et du traitement par l'expertise du médecin prescripteur

Afin de garantir le respect de la bonne indication thérapeutique pour une psychothérapie psychologique, la compétence du médecin « prescripteur » doit être disponible pour pouvoir définir et surveiller de manière professionnelle l'indication de la psychothérapie.

3.2.1 Prescription d'une psychothérapie psychologique régulière

Cette tâche devrait être confiée à un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie pour les adultes ou pour les enfants et les adolescents.

3.2.2 Prescription d'une intervention psychothérapeutique courte et limitée de dix séances dans les cabinets de médecine de premier recours

Le droit de prescrire une intervention psychothérapeutique courte et limitée à dix séances, peut être étendu à la médecine de premier recours élargie, à savoir avec un certificat fédéral de formation postgraduée en médecine interne générale (y compris l'ancien titre de médecine générale et médecine interne), neurologie, gynécologie et obstétrique, médecine de l'enfance et de l'adolescence, ainsi que les médecins titulaires d'un certificat d'aptitude en médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP). Cette prescription veille à ce que les personnes souffrant de problèmes plus légers et/ou moins complexes (problèmes de couple, réactions au deuil et à la perte, humeurs dépressives légères, syndrome de fatigue, angoisses existentielles, etc.) qui viennent souvent chercher de l'aide au cabinet de médecine de premier recours, puissent bénéficier simplement et facilement d'un soutien psychologique-psychothérapeutique.

¹⁵Source dans la note de pied de page ³ : page 12 : « chapitre 2.9 Tarification - la psychothérapie déléguée en cabinet médical est désormais réglementée dans le chapitre 02.03 de TARMED. À compter de la date d'entrée en vigueur des modifications, ces positions TARMED pour la psychothérapie déléguée en relation avec l'AOS devraient être supprimées car les prestations de psychothérapie déléguée ne pourront plus être remboursées par l'AOS. Ceci s'applique également au sous-chapitre 02.02 « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière ».

3.2.2.1 Autres étapes après une intervention psychothérapeutique courte

Si la psychothérapie psychologique ne porte pas ses fruits après dix séances, il s'agit probablement d'un trouble potentiellement plus grave, susceptible de devenir chronique, ou d'une pathologie psychique non traitable par la psychothérapie pure, comme les données de la Fig. 7 le montrent.

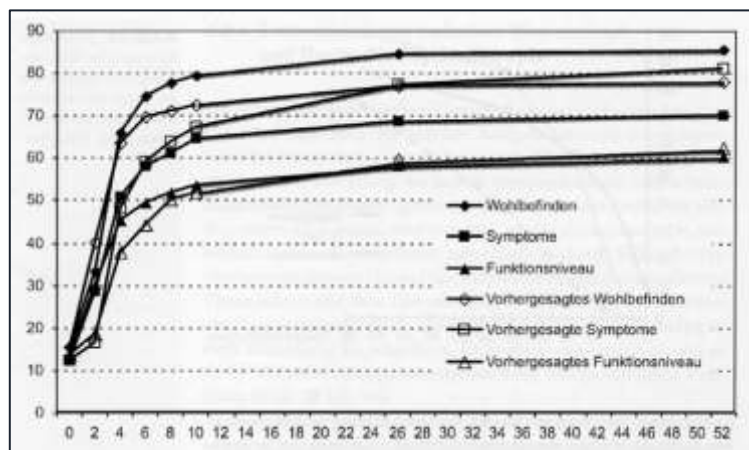


Fig. 7 : L'effet thérapeutique de la psychothérapie est maximal pendant les dix premières heures, puis il atteint un plateau. Si aucun effet clinique suffisamment fort n'est atteint au cours de cette période de dix heures d'intervention psychothérapeutique courte, le diagnostic ou l'indication du traitement doit être examiné par un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie.

Figure extraite de Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. [La redécouverte de l'individu dans la

recherche en psychothérapie]. Tübingen : dgvt-Verlag.

Dans de tels cas, l'indication d'une prise en charge par un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie ou un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie pour les enfants et les adolescents doit être examinée. Cela peut entraîner la poursuite de l'intervention psychologique-psychothérapeutique commencée ou, selon les indications cliniques, des examens et des modalités de traitement supplémentaires.

Enfin, la coopération interprofessionnelle entre psychologues et médecins spécialistes habilités à prescrire doit être réglementée de manière contraignante¹⁶.

3.3 Mesure 3 : Couverture des coûts supplémentaires liés aux prestations médico-psychiatriques complexes

Le changement de système prévu par le Conseil fédéral, qui passe d'un modèle de délégation à un modèle de prescription, offre une excellente occasion d'établir une prise en charge médicalement et psycho-psychothérapeutique utile et en même temps socialement juste pour les personnes atteintes de troubles psychiques.

À l'avenir, il faudra veiller à ce que les coûts supplémentaires liés à la gestion économique des interventions de crises spécialisées faciles d'accès et souvent fastidieuses, des soins d'urgence et de soins aigus, même la nuit, les week-ends et les jours fériés, ainsi que le coût du traitement à long terme des patients atteints de troubles psychiques graves, et ceux vivant dans les zones rurales soient correctement représentés et traités par le système de tarification des soins ambulatoire de TARMED. En conséquence, il sera possible d'obtenir la réduction nécessaire du délai d'attente pour une place de traitement (voir la note de pied de page ⁶) pour les patients souffrant de troubles psychiques.

¹⁶Voir la note de pied de page ⁵.

3.3.1 Vérité des coûts - pas de tarifs plus élevés

Dans la mesure 3, le SMHC ne cherche pas à demander des tarifs plus élevés pour les prestations psychiatriques.

Il s'agit plutôt de faire figurer les coûts qui ne sont pas couverts par le système tarifaire actuel et de les intégrer correctement dans les tarifs.

La méthodologie exacte utilisée pour mettre en œuvre cette exigence ou celle pour la fourniture des aspects centraux sera négociée pour une structure tarifaire qui couvrira les coûts non couverts des prestations fournies.

3.3.2 Tarifs pour la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques difficiles et complexes

Les cas psychiatriques et psychothérapeutiques complexes et complexes sont, par exemple, les patients atteints de schizophrénie, de troubles de la personnalité, de troubles du spectre autistique, d'addictions, de troubles affectifs graves, de syndromes psychoorganiques ou d'autres maladies mentales souvent chroniques ou récurrentes, ainsi que les patients présentant des comorbidités, comme p. ex. les troubles alimentaires complexes ou les maladies compulsives et obsessionnelles. Le traitement spécialisé intégré comprend un traitement psychothérapeutique adapté à chaque cas et inclut généralement une consultation socio-psychiatrique et psychiatrique (p. ex. inclusion des membres de la famille, des employeurs, des autorités, de la maison de repos, des interventions de proximité), ainsi qu'une psychopharmacothérapie comprenant un suivi de l'évolution clinique et des mesures médico-psychologiques et consultatives. En outre, les coûts de la fourniture de prestations dans les situations de crise et d'urgence doivent être couverts la nuit, le week-end et les jours fériés.

3.3.2.1 Degré de sévérité et coûts de traitement

Comme avec TARPSY en milieu hospitalier, la gravité et les coûts de traitement de la maladie en cas de traitement ambulatoire doivent être examinés dans le système tarifaire TARMED (« égalité des performances » ou « orientation vers la performance » d'après l'assurance-maladie). Les différents systèmes permettent de représenter de manière adéquate la complexité de la maladie et toutes les comorbidités (p. ex. PCCL, Patient Clinical Complexity Level [niveau de complexité clinique du patient], etc.). Cela permet de créer la possibilité de traiter les patients souffrant de troubles plus complexes sur une base ambulatoire en couvrant le coût des soins.

Enfin, il convient de veiller à ce que l'autorisation des psychothérapeutes psychologues à exercer indépendamment leur activité et l'augmentation attendue du volume des prestations et des coûts, outre l'augmentation prévue des primes d'assurance maladie, avec leurs effets sur le tarif psychiatrique, n'entraînent pas une nouvelle détérioration du financement des services psychiatriques-psychothérapeutiques pour les patients atteints de pathologies complexes et graves, car ils nécessitent un effort de traitement beaucoup plus important (également en dehors des séances).

3.3.3 Problème du changement de modèle pour les prestations psychologiques-psychothérapeutiques dans les établissements psychiatriques offrant des soins ambulatoires

Avec la forme actuelle du modèle de prescription prévu par le Conseil fédéral, les prestations psychologiques psychothérapeutiques dispensées en ambulatoire dans les cabinets médicaux [sous-chapitre 02.03 de TARMED, « Psychothérapie déléguée au cabinet médical »] ne feront plus partie de

la structure tarifaire médicale de TARMED, car les prestations psychologiques-psychothérapeutiques ne font plus dispensées sous la responsabilité du médecin.

Selon le rapport explicatif sur le projet soumis à la consultation ⁴, les positions de TARMED pour les prestations psychologiques fournies en soins ambulatoires devraient également être supprimées pour les services ambulatoires hospitaliers [sous-chapitre 02.02 de TARMED « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière »]. Ainsi, nous courons le risque que les prestations des psychologues dans les services ambulatoires hospitaliers ou des autres institutions (notamment les offres intermédiaires) ne soient plus remboursées par l'AOS. La suppression du sous-chapitre 02.02 de TARMED signifierait également que les prestations des psychothérapeutes psychologues travaillant dans des hôpitaux et des cliniques qui n'auraient pas encore rempli les conditions pour être autorisés à exercer à la charge de l'AOS, ne seront plus remboursées par les caisses maladie, même s'ils travaillent sous la responsabilité et la supervision de médecins spécialistes ou de professionnels de la santé mentale.

3.3.3.1 Place de formation postgraduée pour les futurs psychothérapeutes psychologues

Du point de vue de la psychiatrie institutionnelle (et plus particulièrement des psychothérapeutes psychologues en formation postgraduée (y compris l'acquisition de l'expérience clinique)), il serait grave si ces changements privent les institutions psychiatriques dans lesquelles les personnes en formation sont ou seront actives, des ressources financières nécessaires pour employer des psychothérapeutes psychologues. La conséquence serait une pénurie massive de centres de formation postgraduée ambulatoires pour les futurs psychothérapeutes psychologues.

Pour cette raison, dans TARMED, il devrait toujours exister la possibilité que les établissements psychiatriques offrant des soins ambulatoires et intermédiaires et reconnus comme centres de formation postgraduée par l'ISFM puissent non seulement facturer les prestations des psychologues agréés par l'AOS, mais également les prestations psychothérapeutiques fournies par des psychologues en formation postgraduée. Il est ainsi possible de garantir que les psychologues continuent à pouvoir poursuivre leur formation postgraduée en tant que psychothérapeutes dans des centres de formation postgraduée psychiatriques ambulatoires agréés par l'ISFM et à engager des psychologues spécialisés sans agrément de l'AOS dans les services ambulatoires des institutions.

Les positions actuelles dans le sous-chapitre 02.02 « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière » de TARMED sont donc obligatoirement maintenues dans les cliniques externes, les hôpitaux de jour, les traitements de proximité, comme p. ex. les traitements à domicile et autres similaires, reconnus comme formations postgraduées par l'ISFM, même après la date d'entrée en vigueur des modifications de l'ordonnance, avec les ajustements appropriés.

3.3.4 Nouveau tarif en dehors de TARMED pour les prestations de psychothérapie psychologique prescrits et fournies de manière indépendante dans un cabinet privé de psychologie

Les services de psychothérapie psychologique figurant aujourd'hui dans le sous-chapitre 02.03 de TARMED pour la « la psychothérapie déléguée dans le cabinet du médecin » seront approuvés par les partenaires tarifaires, c'est-à-dire entre les associations de psychologues et les assureurs dans une convention collective correspondante. Comme indiqué dans les documents de la consultation, le

résultat sera un tarif distinct de l'AOS¹⁷, comme ce qui est appliqué aux autres prestataires de soins indépendants et non médicaux.

Pour l'amélioration des soins dans le domaine de la psychothérapie psychologique envisagée par le Conseil fédéral, il est essentiel que l'accord tarifaire différencie les coûts de traitement (comme cela existe déjà dans TARPSY pour les soins hospitaliers). Le changement de système offre la possibilité de corriger les mauvaises tentations actuelles pour mieux traiter les troubles psychiques difficiles et complexes. La pression sur les coûts a eu pour conséquence que les cas longs et complexes n'étaient rémunérés de manière rentable que grâce aux subventions cantonales.

Il est impossible d'imaginer ce qui se passera si le volume des prestations augmente avec l'application du modèle de prescription du conseil fédéral et accroît encore la pression économique. Du point de vue de la politique de la santé, cela est pertinent car les consultations dans les services de psychiatrie ambulatoires ont considérablement augmenté. Cela signifie qu'il existe actuellement un glissement important vers les services psychiatriques-psychothérapeutiques ambulatoires subventionnés par les cantons (Fig. 8).

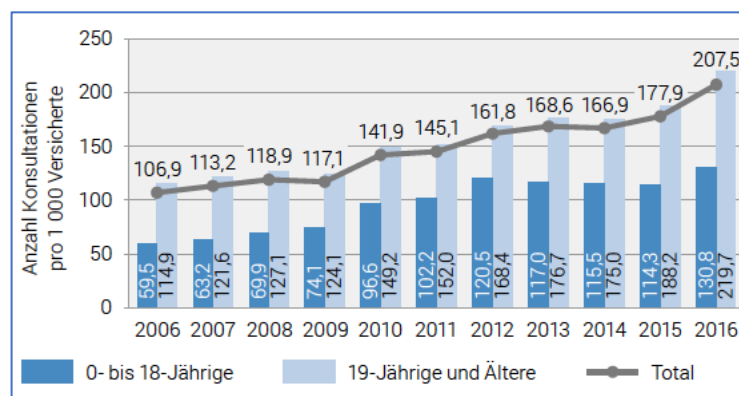


Fig. 8 : Nombre de consultations psychiatriques en milieu hospitalier ambulator de 2006 à 2016, extrait du bulletin OBSAN 05/2018, fondé sur le pool de données de SASIS AG (état des données : données annuelles au 20/07/2018).

3.3.5 Problème du changement de l'OPAS : conséquences sur le tarif psychiatrique dans TARMED

Conformément à la proposition du Conseil fédéral, les exigences relatives à la psychothérapie médicale devraient s'appliquer de la même manière à la psychothérapie psychologique.

La modification de l'OPAS (article 3 « Prise en charge des coûts ») vise à réduire le nombre de séances de psychothérapie psychologique ou de psychothérapie médicale par épisode de maladie avant l'évaluation de l'assureur de 40 à 30 séances. En outre, la durée d'une session de psychothérapie médicale ou de psychothérapie psychologique devrait être réduite de 75 et 90 minutes respectivement à 60 minutes chacune. Cela correspond à une réduction de plus de 40 % (3015 vs. 1800 minutes) pour la psychothérapie médicale et de 50 % (3600 vs. 1800 minutes) pour la psychothérapie psychologique.

3.3.5.1 « Effet secondaire » de la modification de l'OPAS : contradiction avec l'objectif du Conseil fédéral

¹⁷Source dans la note de pied de page ⁴, chapitre 2.9, page 12 : « Tarification - la psychothérapie déléguée en cabinet médical est désormais réglementée dans le chapitre 02.03 de TARMED. À compter de la date d'entrée en vigueur des modifications, ces positions TARMED pour la psychothérapie déléguée en relation avec l'AOS devraient être supprimées car les prestations de psychothérapie déléguée ne pourront plus être remboursées par l'AOS. Ceci s'applique également au sous-chapitre 02.02 « Prestations psychologiques/psychothérapeutiques non médicales en psychiatrie hospitalière ».

L'article 3 modifié (« prise en charge des coûts ») dans l'OPAS soumise à la consultation vise évidemment à contenir l'augmentation attendue et inévitable du volume des prestations de psychothérapie psychologique.

Un « effet secondaire » indésirable et grave en découle : les options de traitement des médecins spécialisés en psychiatrie et psychothérapie pour adulte et pour les enfants et adolescents sont sensiblement réduites (-40 %), bien qu'aucune augmentation de volume ne soit attendue ici.

À ce stade, la modification de l'ordonnance sape l'objectif central du Conseil fédéral, à savoir améliorer les soins pour les patients atteints de troubles psychiques. À cause de cette restriction des options de traitement par les médecins psychiatres, les patients bénéficient de moins de traitement qui nécessite une prise en charge médicale complète et allant au-delà de la psychothérapie psychologique pur. Et cela concerne évidemment les patients avec les troubles lourds et complexes.

Les effets possibles sur le TPPI sont discutés au chapitre 3.3.5.2.

3.3.5.1.1 Manque d'implication des partenaires tarifaires

La modification de l'OPAS interfère donc avec la structure tarifaire des médecins, en excluant les partenaires tarifaires, à savoir : l'association des médecins suisses (FMH), l'assurance maladie suisse, l'association des hôpitaux suisses (H+) et les assureurs sociaux fédéraux représentés dans la Commission des tarifs médicaux (CTM) de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) (assurance accidents [AA], assurance militaire [AM] assurance invalidité [AI]).

Cela a non seulement des conséquences tarifaires, mais surtout des conséquences sur la politique de fourniture des soins.

3.3.5.2 Influence de la modification de l'OPAS sur le TPPI

En outre, sous le terme « Diagnostic et traitement psychiatriques » (sous-chapitre 02.01 de TARMED), il existe des positions communes (avec des interprétations communes) pour tous les services de ce sous-chapitre (à la fois pour le TPPI et pour la psychothérapie médicale). Néanmoins, la psychothérapie médicale n'est une prestation obligatoire de l'AOS que sous certaines conditions (articles 2 et 3 de l'OPAS).

Ainsi, le modèle soumis à la consultation interfère avec la structure des tarifs médicaux et pose également la question de savoir si la modification de l'OPAS proposée affecte également le TPPI, qui représente la majorité des prises en charge ambulatoires en psychiatrie et qui n'est pas couverte par l'OPAS. Si tel était le cas, alors cette modification de l'ordonnance devrait impliquer un changement immédiat de la structure tarifaire de TARMED et la séparation claire du TPPI de la psychothérapie médicale dans TARMED, ce qui nécessiterait la participation des partenaires tarifaires.

4 Aperçu

À la lumière de ce qui précède, nous sommes convaincus que le changement de système prévu par le Conseil fédéral, avec le passage du modèle de délégation au modèle de prescription, comporte des risques et des effets secondaires qui vont à l'encontre de l'amélioration des soins psychiatriques-psychothérapeutiques. Il est à craindre que les abus des soins psychiatriques ne soient encouragés sans ajustement du modèle de prescription proposé et qu'une augmentation du volumes de prise en charge avec des incidences financières considérables, mais aussi d'autres développements indésirables ne se produise. Les effets négatifs associés affecteront à la fois l'ensemble de la population (risque d'augmentation des primes) et les patients souffrant de troubles psychiques par la détérioration de leur prise en charge.

L'objectif visant à améliorer la situation actuelle de la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychique peut être atteint grâce au « modèle de prescription coordonné » que nous avons développé et décrit dans ce document. Reposant sur une justification du besoin, il prévoit l'amélioration et le contrôle de la qualification en psychiatrie clinique des psychothérapeutes psychologues, ainsi que de la qualité de l'indication ou de l'évaluation thérapeutique par les médecins prescripteurs, ainsi que des ajustements de la rémunération des prestations. De cette manière, nous pourrions mieux répondre aux besoins des patients souffrant de troubles psychiques difficiles et complexes et les prendre en charge en couvrant les coûts de leur traitement sans subvention cantonale.

De plus, il faut veiller à ce que la qualité soit évaluée en continu par des études scientifiques complémentaires après la modification de l'ordonnance. Le premier bilan après cinq ans (page 14 du l'ordonnance du Conseil fédéral) est absolument trop tardif, car des faits et des contraintes auront été créés au cours de cette période, ce qui rendrait difficile l'inversion des abus des soins psychiatriques, de l'augmentation du volume des prestations et de la hausse des coûts attendues.

En assurant une coopération coordonnée et ciblée entre les différentes professions et disciplines, à condition d'apporter les trois ajustements fondamentaux évoqués dans le « modèle de prescription coordonné » à la nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans l'AOS, il sera possible non seulement de parvenir à un traitement psychiatrique-psychothérapeutique efficace, approprié, économiquement équilibré et couvrant les coûts des soins de la population en Suisse, mais également d'améliorer significativement leur qualité.

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche der Medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt

Abkürzung der Firma / Organisation : FPPBS

Adresse : Birmanngasse 14, 4055 Basel

Kontaktperson : Dr. med. Dennis Bernoulli, Präsident

Telefon : 061 544 80 96

E-Mail : dennis.bernoulli@hin.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.10.2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen

| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
|------------|--|
| FPPBS | <p>Die Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche der Medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt (FPPBS) lehnt die Verordnungsänderungen der KLV und der KVV in der vorliegenden Form ab.</p> <p>Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verstärken.</p> <p>Begründung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In Krisen- und Notfallsituationen braucht es psychiatrisches Notfallfachwissen inkl. Expertise in somatischer Medizin, Forensik, Psychiatrie und Psychopharmakotherapie, über welches die psychologischen Psychotherapeuten nicht verfügen. 2. Die Analyse der Versorgungssituation psychisch kranker Menschen in der Schweiz zeigt verglichen mit dem Ausland, eine hohe Dichte an Psychiatern und psychologischen Psychotherapeuten, hingegen eine geringe Zahl von Psychiatrie-Pflegefachpersonen. 3. Eine Unterversorgung mit Psychotherapeuten (Ärzte und Psychologen) ist nicht ausgewiesen. 4. Bei unbeschränktem Zugang zum Psychologiestudium und der Psychotherapieausbildung ist mit einer Zunahme der psychologischen Psychotherapeuten zu rechnen, was unweigerlich zur Mengenausweitung in der Versorgung führen wird. 5. Es besteht deshalb kein Bedarf, den „Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen zu vereinfachen“. 6. Festgestellt wird zu Recht ein Mangel an intermediären Angeboten, welcher jedoch nicht durch psychologische Psychotherapeuten ausgeglichen 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**

| | |
|--|---|
| | <p>7. Um die festgestellten effektiven Versorgungslücken in der psychiatrischen Grundversorgung zu füllen, braucht es nicht ein Mehrangebot von Psychotherapeuten, sondern eine bessere Notfallversorgung durch interdisziplinäre Teams, die medizinische, pflegerische und soziale Betreuung im Alltag leisten.</p> <p>8. Bei zu erwartender Mengenausweitung im Bereich „Befindlichkeitsstörung“ und leichter psychischer Störungen würden in Zukunft die Mittel zur Versorgung der schweren psychischen Störungen fehlen, was sogar zu einer Verschlechterung der Versorgungslage führen würde (Fehlversorgung!).</p> <p>9. Diesbezüglich bedarf es einer Versorgungsplanung, die sich auf eine wissenschaftlich erhobene Bedarfsanalyse stützt.</p> <p>10. Es wird zu den in der Schweiz tätigen psychologischen Psychotherapeuten noch eine deutliche Zuwanderung von psychologischen Psychotherapeuten aus dem Grenzland (EU) dazukommen und die Mengenausweitung verstärken.</p> <p>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. Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell hinterlässt den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> |
|--|---|

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) |
| FPPBS | 50 | 1 | c | <p>Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B).</p> <p>Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen.</p> <p>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</p> | <p>...eine klinische Erfahrung von mindestens fünf Jahren in einer vom schweizerischen vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung; davon drei Jahre in einer Einrichtung der Kategorie A mit Aufnahmepflicht mit breitem Krankheitsspektrum.</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>postulierten 100 Mio.), <u>ohne</u> entsprechende Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung wird nicht behoben werden, hingegen wird es zu einer Fehlversorgung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, <u>kaum messbare „Fortschritte“</u> zeigen werden. Sie werden grosse Mühe haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten (vgl. auch Bemerkung weiter unten Art. 2, Abs. 1, Bst. b) KVV)</p> <p>Durch die <u>fehlende Zulassungssteuerung</u> und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p>FORDERUNG: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen PsychotherapeutInnen bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wir fordern eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen und zwingend in einer SIWF-anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmezwang</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>mit breitem Patientengut), denn ausschliesslich SIWF-anerkannte Institutionen der Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenotdienst und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</p> <p>Begründung: Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. 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</p> | |
|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|-------|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>«Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb <u>5 Jahre fachspezifische Weiterbildung</u> 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.</p> <p>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordern wir, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</p> | |
| FPPBS | | | | <p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000</p> | <p>STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>psychologischen Psychotherapeutinnen und – therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Personen zu behandeln, obwohl sie als Therapeuten nur über ein Jahr klinische Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art.11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Die FPPBS erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p> <p>Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist entsprechend explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologische Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt liegt.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KLV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| FPPBS | | | | <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten.</p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt!</p> | Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab. |
| FPPBS | 2 | 1 | | <p>Evaluationsinstrumente</p> <p>Da bekannt ist, dass Fragebögen nur als Ergänzung zur klinischen Untersuchung von Bedeutung sind, und die Erfassung der Einstiegsbeschwerden und deren Verlauf</p> | Für die ärztliche Psychotherapie 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>sowie auch deren Erfolg ohnehin integraler Teil jeder ärztlich medizinischen Behandlung sind, bedeutet diese Massnahme ausser Kosten keine Verbesserung der Patientenversorgung, oder der Wirtschaftlichkeit.</p> <p>Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Gegebenenfalls können, abhängig vom Krankheitsbild, zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z. B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat.</p> <p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, präferiert doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>psychotherapeutischer Behandlungen.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit sehr hohen Effektstärken.</p> <p>Die grosse Gefahr besteht darin, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbaren Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen. Auch dies würde zu einer Verschlechterung führen!</p> <p>FORDERUNG: Die Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie BS fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|-------|---|---|--|---|---|
| FPPBS | 3 | a | | <p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der Verordnungsänderung zu erwartenden Mengenausweitung als Argument einer kostendämpfenden Massnahme zu dienen. Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken und sind eine Beeinträchtigung für die Therapie (Stichworte Vertrauensbildung und Sicherheit).</p> <p>Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher, ohne erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. -zahler.</p> <p>FORDERUNG: <i>Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> | <p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien</p> <p>Beibehaltung des aktuellen Vorgehens mit regelmässigen Kostengutsprachen bei Bedarf, initial nach 40 Sitzungen für Ärzte.</p> |
| FPPBS | 3 | b | | <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte</p> | |

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

| | | | | | |
|-------|----|---|--|--|--|
| | | | | <p>Therapieformen (z. B. Traumatherapie) werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen.</p> <p>Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60 Minuten pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer <u>Rationierung</u> einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p> <p>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</p> | |
| FPPBS | 11 | a | | <p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.</p> | <p>Auf Anordnung eines Arztes 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) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin,</p> <p>oder eines somatischen Arztes mit mindestens zwei Jahren Weiterbildung in einer psychiatrischen Institution.</p> |

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

| | | | | | |
|-------|----|---|--|---|---|
| | | | | <p>FORDERUNG: Die Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie BS verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</p> <p>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die FPPBS die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</p> | <p>Alternativ:</p> <p>auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und – psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p> |
| FPPBS | 11 | b | | <p>Mit dem aktuell vorgeschlagenen Weiterbildungsmodell sind psychotherapeutische Psychologen nicht genügend ausgebildet um Krisenintervention anzubieten, Suizidalität adäquat einzuschätzen und auch nicht um Patientinnen mit komplexen psychiatrischen Erkrankungen zu behandeln.</p> <p>Dieser Mangel in der Weiterbildung kann nicht durch häufigere Berichte an den Versicherer kompensiert werden.</p> | <p>Ersatzlos streichen, ausser wenn das Weiterbildungsmodell verändert wird.</p> <p>Psychotherapeutische Psychologen brauchen eine ausreichende klinische Ausbildung in einer psychiatrischen Klinik, dabei lernen sie auch selber Diagnosen zu stellen und medizinische Berichte zu schreiben. Eine psychosoziale Institution oder die Tätigkeit in der Privatpraxis reichen dafür nicht aus.</p> <p>Ad Ausbildung der psychotherapeutischen Psychologen: siehe oben.</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| Weitere Vorschläge | | | |
|--------------------|------|---|---|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| FPPBS | | <p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) durchzuführen ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung betrachtet eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend!</p> <p>FORDERUNG: Die SGPP und die SGKJPP sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.</p> | <p>Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung</p> |
| FPPBS | | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.</p> | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).</p> |
| FPPBS | | <p>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</p> | |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>werden könnten.</p> <p>Es würde den angestrebten Verordnungs-änderungen gut anstehen, deren Ausgestaltung durch ein interdisziplinäres ExpertInnengremium der betroffenen Fachorganisationen nochmals grundsätzlich zu überdenken.</p> <p>Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines ähnlichen Systems, wie Sie es nun in der Schweiz vorschlagen, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben aber trotzdem lange.</p> <p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> | |
|--|--|--|--|

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen

Abkürzung der Firma / Organisation : FSP

Adresse : Effingerstrasse 15, 3008 Bern

Kontaktperson : Muriel Brinkrolf

Telefon : 031 388 88 41

E-Mail : muriel.brinkrolf@fsp.psychologie.ch

Datum : 07.10.2019

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 |
| FSP | <p>Die FSP 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 FSP bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme das Resultat der Zusammenarbeit der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände FSP, 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.</p> |
| FSP | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die FSP klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die FSP 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 FSP 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. |
| FSP | <p>Inhalte der Vorlage, welche die FSP ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die FSP 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 FSP lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. |

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

| | |
|-----|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die FSP 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 FSP lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die FSP verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die FSP 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 FSP 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. |
| FSP | <p>Ergänzungen, welche die FSP vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die FSP verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der FSP braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die FSP 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 FSP eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die FSP 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**

| | |
|-----|---|
| FSP | 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) |
| FSP | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| FSP | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| FSP | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| FSP | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der FSP unbestritten. Die FSP 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 FSP 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 FSP begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die FSP ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|------------|---|--|
| | | | | <p>problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die FSP fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die FSP ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| FSP | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den</p> | 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. Die FSP fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| FSP | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die FSP ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die FSP 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 FSP folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

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

| | | | | | |
|-----|----------------|-------|--|--|--|
| FSP | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| FSP | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen</p> <p>Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| FSP | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die FSP 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. | |
| FSP | Übergangsbest. | 3 | | Die FSP 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) |
| FSP | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| FSP | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die FSP 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der 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. <p>Die FSP schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| FSP | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die FSP ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten,</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|--|---|--|--|
| | | | | <p>Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die FSP ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| FSP | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| FSP | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| FSP | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die FSP 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die FSP geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die FSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | <p>pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| FSP | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die FSP den Vorschlag, dass bei</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| FSP | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| FSP | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| FSP | 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. |
| FSP | 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. |
| FSP | 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 : Sektion FSP der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoonkologie SGPO

Abkürzung der Firma / Organisation : Sektion FSP SGPO

Adresse : Effingerstrasse 40, Postfach 8219, 3001 Bern

Kontaktperson : Sandra Sieber, Sektionspräsidentin via Loredana Palandrani, Sekretariat

Telefon : 031 389 91 30

E-Mail : kontakt@psycho-onkologie.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 **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 |
| Sektion FSP der SGPO | <p>Sektion FSP der SGPO 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 Sektion FSP der SGPO bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass die SGPO ein multiprofessioneller Verband ist und die vorliegende Stellungnahme von der Sektion der Psychologinnen und Psychologen FSP der SGPO eingereicht wird.</p> <p>Wir bedanken uns für eine sorgfältige Prüfung unseres Anliegens.</p> |
| Sektion FSP der SGPO | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche Sektion FSP der SGPO klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sektion FSP der SGPO 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 Sektion FSP der SGPO 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. |
| Sektion FSP der SGPO | <p>Inhalte der Vorlage, welche Sektion FSP der SGPO ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sektion FSP der SGPO 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. • Sektion FSP der SGPO lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. |

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

| | |
|----------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Sektion FSP der SGPO 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. • Sektion FSP der SGPO lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Sektion FSP der SGPO verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Sektion FSP der SGPO 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. • Sektion FSP der SGPO 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. |
| Sektion FSP der SGPO | <p>Ergänzungen, welche Sektion FSP der SGPO vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Sektion FSP der SGPO 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 Sektion FSP der SGPO braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Sektion FSP der SGPO unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich Sektion FSP der SGPO eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. |

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

| | |
|----------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapie basiert auf Sprache. Sektion FSP der SGPO fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
| Sektion FSP der SGPO | 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) |
| Sektion FSP der SGPO | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| Sektion FSP der SGPO | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen anpasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| Sektion FSP der SGPO | 50c | 1 | a & b | Eidg. Titel und kantonale Bewilligung | |

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

| | | | | | |
|-------------------------|-----|---|---|--|---|
| | | | | Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige. | |
| Sektion FSP der SGPO | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht Sektion FSP der SGPO unbestritten. Sektion FSP der SGPO 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. Sektion FSP der SGPO 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. Sektion FSP der SGPO begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für Sektion FSP der SGPO ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Sektion FSP der SGPO fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt Sektion FSP der SGPO ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
|--|--|--|--|---|--|

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

[illegible]

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

| | | | | | |
|----------------------|-----------|--|--|--|---|
| | | | | Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen. | 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...] |
| Sektion FSP der SGPO | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| Sektion FSP der SGPO | (neu) 52e | | | Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html . | Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie: <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden. |

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

| | | | | | |
|-------------------------|----------------|-------|--|---|---|
| Sektion FSP der SGPO | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Sektion FSP der SGPO 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. | |
| Sektion FSP der SGPO | Übergangsbest. | 3 | | Sektion FSP der SGPO 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) |
| Sektion FSP der SGPO | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| Sektion FSP der SGPO | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Sektion FSP der SGPO teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die | Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit dem Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wird das Ziel verfehlt. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der 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 | <p>b. Sie umfasst eine Einstiegs- Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten</p> |
|--|--|--|--|--|---|

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

| | | | | | |
|----------------------|---|--|--|--|--|
| | | | | <p>Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist.</p> <p>Sektion FSP der SGPO schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
| Sektion FSP der SGPO | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Sektion FSP der SGPO ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|----------------------|-----|--|--|--|---|
| | | | | <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Sektion FSP der SGPO ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| Sektion FSP der SGPO | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| Sektion FSP der SGPO | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |

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

| | | | | | |
|-------------------------|-----|---|---|--|---|
| Sektion FSP der SGPO | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Sektion FSP der SGPO begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzte. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedene Kategorien von Ärzten dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Sektion FSP der SGPO geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an Sektion FSP der SGPO ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| Sektion FSP der SGPO | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen</p> |

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

| | | | | | |
|-------------------------|-----|---|--|--|---|
| | | | | <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst Sektion FSP der SGPO den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p> | <p>Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |
| Sektion FSP der SGPO | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |

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

| | | | | | |
|-------------------------|---------------------|---|--|---|---|
| Sektion FSP der SGPO | 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. |
| Sektion FSP der SGPO | 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. |
| Sektion FSP der SGPO | 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. |
| Sektion FSP der SGPO | 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. | |

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 : Section Tessin Fédérations Suisse des Sages-femmes

Abréviation de l'entreprise / organisation : FSSF-Ti

Adresse : via raslina 5

Personne de référence : Francesca Coppa Dotti

Téléphone : 079/693.29.56

Courriel : dotti.coppa@bluewin.ch

Date : 17.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 17.10.2019 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 |
| Error! Reference source not found. FSSF | <p>La Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) est l'association professionnelle des quelque 3200 sages-femmes en Suisse. Elle défend les intérêts des sages-femmes tant salariées qu'indépendantes. Nous sommes reconnaissantes de la possibilité qui nous est donnée de participer à la consultation sur la modification de l'OAMal.</p> <p>Les soins périnataux ont lieu aussi bien en interne, dans les hôpitaux ou les maisons de naissance, qu'en externe, au domicile des femmes. Les sages-femmes jouent donc un rôle important dans les soins de santé de base. Contrairement à d'autres spécialistes non médicaux, les sages-femmes en Suisse exercent <u>généralement</u> leurs activités (physiologie) sans ordonnance médicale. Depuis le 1^{er} janvier 2017, selon l'art. 45a OAMal, les sages-femmes peuvent créer des <i>organisations de sages-femmes</i>. La FSSF a donc examiné le document soumis à la consultation. Elle a constaté que, dans la présente proposition de modification de l'article 45 OAMal, des formulations importantes qui figuraient dans la version du 1.1.2017 n'ont pas été réécrites. Il s'agit notamment des formulations qui se rapportent à l'exercice de l'activité pratique et qui concernent les sages-femmes indépendantes et les organisations de sages-femmes. Habituellement, dans les consultations, les changements sont clairement visibles, comme c'est le cas avec le texte actuel sur <i>l'admission des sages-femmes</i>. Etant donné que, pour tous les autres groupes professionnels non médicaux, on mentionne non seulement les changements, mais aussi le texte complet pour <i>l'admission</i>, nous avons décidé de faire une remarque à ce sujet afin que les formulations légales importantes d'un point de vue juridique et valables jusqu'à présent demeurent sans ambiguïté également à l'avenir. Nous vous prions de bien vouloir prendre en compte nos propositions de modification.</p> |
| Error! Reference source not found. | |
| Error! Reference source not found. | |

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) |
| Error! Reference source not found.FSSF | 45 | 1 | let a,b, ch 1 – 4 c | <p>C'est la raison pour laquelle nous avons explicitement retranscrit l'ensemble de l'article de loi afin qu'on puisse voir clairement du point de vue juridique quels sont les chiffres qui ont été supprimés et quelles sections ont été reformulées (marquage en jaune).</p> <p>A propos du point 2: Nous proposons que les maisons et les cabinets de naissance bénéficiant d'une autorisation cantonale soient désormais nommément mentionnés. Les deux institutions ont un mandat légal de formation, ou bien offrent sur une base volontaire des places de formation pour les étudiantes sages-femmes. Elles offrent aux étudiantes un aperçu de l'ensemble des activités de la profession de sage-femme (contrôles de grossesse, naissances, soins post-partum, consultations d'allaitement). C'est pourquoi, l'expérience pratique pour l'acquisition des conditions d'admission devrait également pouvoir avoir lieu dans une maison ou un cabinet de naissance au bénéfice d'une autorisation cantonale, sous la direction d'une sage-femme.</p> <p>A propos du point 3: Nous nous félicitons de l'abrogation prévue du chiffre 3 actuel.</p> <p>A propos du point 4:</p> | <p>Les sages-femmes doivent:</p> <p>a. être titulaires d'un Bachelor of Science HES de sage-femme ou d'un diplôme reconnu équivalent selon l'art. 10 ou de l'art. 34, al. 3, de la loi du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (LPSan)</p> <p>b. avoir exercé pendant deux ans une activité pratique:</p> <p>1. auprès d'une sage-femme; admise en vertu de la présente ordonnance,</p> <p>2. dans la division d'obstétrique d'un hôpital, ou d'une maison ou d'un cabinet de naissance bénéficiant d'une autorisation cantonale, sous la direction d'une sage-femme remplissant les conditions d'admission de la présente ordonnance.</p> <p>3. abrogé</p> <p>4. dans une organisation de sages-femmes sous la direction d'une sage-femme; admise en vertu de la</p> |

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

| | | | | | |
|---|--|--|--|-------------------------------|--|
| | | | | Devrait demeurer comme avant. | présente ordonnance, c. disposer d'une autorisation cantonale selon l'art. 12 ou l'art. 34, al. 1, LPSan. |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Gesellschaft delegiert arbeitender Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Abkürzung der Firma / Organisation : GedaP

Adresse : c/o Psychoanalytische Praxis, Weinbergstrasse 145, 8006 Zürich

Kontaktperson : Vera Luif

Telefon : 044 361 19 11

E-Mail : vera.luif@psychologie.ch

Datum : 1. 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 |
|------------|---|
| GedaP | Der Vorstand der GedaP lehnt das in der vorliegenden Änderung vorgeschlagene Anordnungsmodell als ein für die Psychotherapie untaugliches Modell ab. Wird diese Verordnung umgesetzt, verantwortet der Bundesrat eine qualitative Verschlechterung und Rationierung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Die GedaP plädiert dafür, das Delegationsmodell – parallel zum Anordnungsmodell – beizubehalten. Dies ist rechtlich ohne Probleme möglich (vgl. Stellungnahme Prof. Dr. iur. U. Kieser im Anhang). Mit dieser Parallelführung würden weiterhin genügend Weiterbildungsplätze für PsychologInnen in Weiterbildung zur Verfügung stehen, und der Besitzstand von PsychotherapeutInnen, die bisher delegiert arbeiten konnten, bliebe gewahrt. |

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 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
|------------|-------------|------------|------|--|--|
| GedaP | KVV, 50c | a und b | | Der Bundesrat schliesst in dieser Verordnungsänderung langjährig delegiert arbeitende PsychotherapeutInnen von einer Abrechnungsberechtigung aus. Damit erteilt er ein faktisches Berufsverbot an Fachleute, die sich nichts zu Schulden haben kommen lassen. Das ist für diese existenziell und würde mit einer beruflichen Neuorientierung bzw. einer zusätzlichen Aus- und Weiterbildungsdauer von bis zu 10 Jahren einhergehen. Ein von der GedaP in Zusammenarbeit mit Prof. U. Kieser verfasster Vorschlag zu einer Besitzstandswahrung für die Betroffenen bleibt in der vorliegenden Verordnungsänderung ignoriert. Damit sind wir nicht einverstanden und ersuchen Sie höflich, besagten Besitzstand wie nebenstehend aufzunehmen. Ein solcher Besitzstand wäre mit dem Erhalt des Delegationsmodelles nicht nötig und die Abschaffung des Delegationsmodells ist nach wie vor nicht zwingend. | Siehe umfangreicheres Schreiben von Prof. U. Kieser (BAG). Daraus der Passus zu den Übergangsregelungen: Abs.1: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, welche bis zum Inkrafttreten der Änderung vom ... Leistungen im Rahmen von Art. 2 KLV (delegierte Psychotherapie) erbracht haben, sind berechtigt, die bisherige Tätigkeit im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung weiterzuführen, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 2 erfüllt sind. Abs. 2: Die Weiterführung der bisherigen therapeutischen Tätigkeit ist ohne zeitliche Begrenzung zulässig, wenn der Psychotherapeut 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**

| | | | | | |
|-------|-------------|----|--|---|---|
| | | | | | <p>Psychotherapeutin im Zeitpunkt des in Kraft Tretens der Änderung vom ...:</p> <ul style="list-style-type: none"> a das 50. Altersjahr erreicht hat, b während mehr als fünf Jahren im Rahmen von Delegationsverhältnissen tätig war, c in den letzten drei Jahren während durchschnittlich mehr als 30% einer üblichen Arbeitszeit im Rahmen von Delegationsverhältnissen tätig war und d die bisherigen Voraussetzungen für eine delegierte Tätigkeit auch weiterhin erfüllt. |
| GedaP | KLV, Art. 2 | b. | | Es scheint uns unzulässig, dass über die Verordnungsänderung in das Setting bzw. das Behandlungsvorgehen durch die Einführung einer Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik eingegriffen wird. Dazu, dass das Setting auf Patientenseite zusätzlich fragilisiert wird („Was muss bei der Diagnostik herauskommen, dass ich die subjektiv benötigte Psychotherapie weitermachen darf?“), stellt sich auch die Frage, ob durch die Befunde der Diagnostik Behandlungen weitergeführt werden, welche eigentlich abgeschlossen werden könnten. | Der Artikel soll ersatzlos gestrichen 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 |
| GedaP | KLV, 11b, 2 | <p>Die Festlegung des Umfangs pro Anordnung auf 15 Sitzungen sowie die Reduktion auf 30 Sitzungen bis zur Kontaktaufnahme mit dem Versicherer erhöhen den administrativen Aufwand, ohne einen Mehrwert zu erzielen und einen Genesungsprozess zu beschleunigen; vielmehr ist ein zusätzlicher Kostenaufwand damit verbunden. Zudem stört die zeitliche Begrenzung der psychotherapeutischen Sitzungen das psychotherapeutische Setting und den Heilungsverlauf empfindlich, da sie zur an sich schon prekären Situation eine zusätzliche Frangilisierung des Settings bedeutet. Ausgebildete Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind sich der Verantwortung bewusst, das psychotherapeutische Setting transparent und professionell zu gestalten. Dazu gehört auch die Durchführung einer dem vorliegenden klinischen Störungsbild des Patienten angemessene und notwendige Anzahl psychotherapeutischer Sitzungen. Unterschiedliche Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapieforschung (z. B. LAC-Studie von Leuzinger in der Psyche 2. 2019, Die Tavistock-Studie (2015): Treatment manuals and the advancement of psychoanalytic knowledge: The Treatment Manual of the Tavistock Adult Depression Study¹, Comparative Effectiveness of Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy: It's About Time, and What's Next?, von Driessen et al (2013)) haben nachgewiesen, dass je nach Störungsbild eine nachhaltige Wirkung von psychotherapeutischer Behandlung weit über 30 Sitzungen bedarf. Dies ist vor allem bei schwer gestörten Patienten der Fall, bei denen nicht von einer Heilung ausgegangen werden kann, sondern bei denen zum Teil zwei bis mehr Sitzungen pro Woche eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität bedeutet im Sinne von Suizidprävention und mögliche Vermeidung von langen Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken.</p> | <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für 40-60 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 90 Minuten bei einer Einzeltherapie und bei einer Gruppentherapie. Nach Bedarf und psychopathologischer Situation sprechen sich der Psychotherapeut und der anordnende Arzt ab. Nach Ablauf der ersten 40-60 Sitzungen kann vom Krankenversicherer ein Antrag zu einer Verlängerung der Kostengutsprache verlangt werden.</p> |

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

| | | | |
|-------|--------|--|---|
| | | <p>Müssen solche Behandlungen alle 15 Sitzungen angeordnet und alle 30 Sitzungen vom Vertrauensarzt geprüft werden, bedeutet dies eine ständige Gefährdung des Settings (siehe oben).</p> <p>Dasselbe gilt für die vorgesehene Höchstdauer einer Einzelsitzung von 60 Minuten (anstatt wie heute 90 Minuten). Eine längere Sitzung kann einerseits aufgrund des Störungsbildes des Patienten notwendig und insbesondere im Falle einer Krisenintervention von entscheidender Bedeutung sein. Andererseits kann eine längere Sitzungsdauer eine Möglichkeit sein, in langfristigen Psychotherapien die Sitzungsfrequenz zu reduzieren.</p> | |
| GedaP | 11b, 5 | <p>Dass der Antrag zur Fortsetzung der Psychotherapie vom anordnenden Arzt erfolgen soll, macht inhaltlich keinen Sinn. Es widerspricht der in der Verordnungsänderung formulierten Absicht, Psychotherapeuten selbständig arbeiten lassen zu wollen. Diese nehmen durch die Verordnungsänderung das wirtschaftliche Risiko der eigenen Praxisführung auf sich. Trotzdem werden sie bei der eigentlichen Arbeit durch einen gate-keeper, den anordnenden Arzt, kontrolliert. Das macht inhaltlich keinen Sinn, da der anordnende Arzt – schon aus zeitlichen Gründen – nicht in gleicher Weise über den Patienten Bescheid wissen kann wie der behandelnde Psychotherapeut. Nach unserem Erachten handelt es sich bei diesem Passus um eine Alibiübung und bescheinigt mangelndes Vertrauen in das Wissen und die professionelle Arbeit der Psychotherapeuten.</p> <p>Zudem erschliesst sich uns nicht, weshalb nach Erteilung der Kostengutsprache zur Behandlungsverlängerung durch den Vertrauensarzt der Krankenversicherung weiterhin alle 15 Sitzungen eine Anordnung durch einen weiteren Arzt erfolgen soll – ist denn die Vertrauenswürdigkeit der Vertrauensärzte, eine Behandlung adäquat einschätzen zu können, nicht gewährleistet?</p> | <p>Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 40-60 Sitzungen (je nach Störungsbild) fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar; der Bericht mit Antrag auf Kostengutsprache erfolgt durch den behandelnden Psychotherapeuten bzw. die behandelnde Psychotherapeutin.</p> |

GedaP
Präsidium
Postfach 3323
8021 Zürich

📍 Ulrichstrasse 14
CH-8032 Zürich

☎ +41 44 388 57 57
📠 +41 44 388 57 58

✉ info@kspartner.ch
🌐 kspartner.ch

Zürich, 9. September 2019uk

Sehr geehrte Frau Zahner

1. Sie haben mir den Auftrag erteilt, eine Analyse derjenigen rechtlichen Fragen vorzunehmen, welche sich beim Übergang vom bisherigen Modell der delegierten Psychotherapie zu einem sogenannten Anordnungsmodell ergeben können. Dabei soll das Hauptgewicht der Abklärungen auf die Frage ausgerichtet sein, wie sich ein solcher Wechsel allenfalls auf die Position derjenigen Therapeutinnen und Therapeuten auswirken kann, welche bisher im Bereich der delegierten Psychotherapie tätig waren.

2. Wenn das Anordnungsmodell umgesetzt wird, wird dabei voraussichtlich eine Einschränkung erfolgen. Auf Anordnung hin tätig werden dürfen solche Personen, welche die Zulassungsvoraussetzungen gemäss Psychologieberufegesetz (sowie allenfalls weitere Voraussetzungen) erfüllen. Es wird sich also beim Anordnungsmodell zukünftig darum handeln, dass nur akademisch

SUSANNE FRIEDAUER
lic. iur., Rechtsanwältin
Fachanwältin SAV
Haftpflicht- und Versicherungsrecht
CAS IRP-HSG Berufliche Vorsorge

KASPAR GEHRING
lic. iur., Rechtsanwalt
Fachanwalt SAV
Haftpflicht- und Versicherungsrecht

UELI KIESER
Prof. Dr. iur., Rechtsanwalt

THOMAS LAUBE
lic. iur., Rechtsanwalt

JÜRG SENN
lic. iur., Rechtsanwalt

ANNEMARIE GURTNER
MLaw, Rechtsanwältin

MARKUS STEUDLER
MLaw, Rechtsanwalt

SUSANNE VON AESCH
lic. iur., Rechtsanwältin
CAS IRP-HSG
Haftpflicht- und Versicherungsrecht

ANGELA WIDMER-FÄH
MLaw, Rechtsanwältin
CAS IRP-HSG
Haftpflicht- und Versicherungsrecht

ANJUSHKA FRÜH
MLaw¹
¹nicht als Anwalt/Anwältin zugelassen

ausgebildete Personen Leistungen erbringen dürfen. Diese zukünftige Änderung wird mit Klarheit mit sich bringen, dass ein Teil der bisher delegiert tätigen Therapeutinnen und Therapeuten in einem Anordnungsmodell nicht mehr tätig sein kann. Es handelt sich um Personen mit einer nicht akademischen Ausbildung bzw. einer akademischen Ausbildung ausserhalb der Psychologie; solche Personen waren im bisherigen Delegationsmodell berechtigt, unter bestimmten weiteren Voraussetzungen psychotherapeutische Leistungen zu übernehmen, werden es aber im vorstehend geschilderten Anordnungsmodell nicht mehr dürfen. Es fragt sich, wie sich ein solcher Wechsel einordnet und wie allenfalls mit den dabei entstehenden Sachverhalten umzugehen ist.

3. Wird im vorstehenden Sinne das bisherige Delegationsmodell abgelöst durch ein Anordnungsmodell, wird damit — wie aufgezeigt (vgl. Ziff. 2) — einhergehen, dass bestimmte Personen zukünftig keine Leistungen mehr im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen können. Was das bedeutet, ist nachfolgend unter Bezug verschiedener Überlegungen zu klären. Es geht um die prinzipielle Einordnung (Ziff. 4.1), um das Aufheben von laufenden Leistungen (Ziff. 4.2.), um das Aufheben von Anwartschaften (Ziff. 4.3) und darauf aufbauend um eine Gesamtwürdigung (Ziff. 4.4).

Dabei ist vorweg darauf hinzuweisen, dass die Gruppe der interessierten Personen an sich zahlenmässig klein ist, in aller Regel seit Jahren beruflich engagiert sowie geschätzt tätig ist und keine weiteren Personen mehr zu dieser Gruppe stossen.

4.1. Eine entsprechende Einschränkung der Möglichkeit, im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beruflich tätig sein zu können, hat sich — soweit ersichtlich — in der Krankenversicherung noch nie ergeben. Auch in anderen Sozialversicherungszweigen — etwa in der Unfallversicherung oder IV — sind keine parallelen Entwicklungen bekannt.

Offensichtlich stellen die Einschränkung bzw. der Wegfall der bisher gegebenen Möglichkeit, im Rahmen einer Sozialversicherung beruflich tätig sein zu können, einen

schwerwiegenden, allenfalls gar existenziellen Eingriff dar. Es ist deshalb näher zu prüfen, wie die Rechtsetzung im Sozialversicherungsrecht mit einer entsprechenden Ausgangslage umgehen soll. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Sozialversicherungsrecht bestimmte tragende Grundsätze des öffentlichen Rechts zwingend zu berücksichtigen sind. Es geht hier um den Grundsatz der Rechtsgleichheit, um das Verhältnismässigkeitsprinzip sowie um das Prinzip des Vertrauensschutzes.

4.2. Zusätzlich einzubeziehen sind parallele Sachverhalte, welche dort entstehen, wo das Sozialversicherungsrecht einen bisher gegebenen Leistungsanspruch aufhebt; Es geht also um Fälle, wo die Versicherten eine bisher beanspruchbare Leistung zukünftig nicht mehr beanspruchen können (etwa Heraufsetzung des Rentenalters, Wegfall eines bisherigen Anspruches auf eine konkrete Leistung).

Der Wegfall von bisherigen Leistungsansprüchen bzw. von Anwartschaften wird im Sozialversicherungsgericht insbesondere unter dem Aspekt der Verhältnismässigkeit erfasst. Dazu können nachfolgend einige Beispiele genannt werden. In entsprechenden Situationen steht zunächst im Vordergrund, dass die bisherigen Leistungen, welche bereits gewährt werden, nicht aufgehoben bzw. eingeschränkt werden dürfen. Dieser Grundsatz kommt etwa in der beruflichen Vorsorge zum Ausdruck, wo festgelegt wird, dass bereits laufende Leistungen nur unter engsten Voraussetzungen gekürzt werden dürfen (dazu Art. 65d Abs. 3 lit. b BVG). Eine analoge Regelung sieht der Gesetzgeber vor, wenn von einer Rentenart zu einer anderen Rentenart gewechselt wird; So verhält es sich etwa, wenn eine Invalidenrente durch eine AHV-Rente abgelöst wird (dazu Art. 33^{bis} Abs. 1 AHVG). Ein analoger Besitzstand besteht auch etwa beim Wechsel von Taggeldern der einen Sozialversicherung zu Taggeldern einer anderen Sozialversicherung (dazu Art. 24 Abs. 4 IVG, bezogen auf den Wechsel der Taggelder der Unfallversicherung zu Taggeldern der IV). Ersatzlos aufgehoben wurden im bisherigen Recht bisherige Leistungen nur unter engsten Voraussetzungen und zudem unter Berücksichtigung von längeren Zeitspannen, in denen die betreffende Leistung vorerst noch gewährt wurde. Beispiel dafür bildet der Wegfall der bisherigen Zusatzrenten in der ersten Säule; es

wurde zunächst festgelegt, dass keine neuen Zusatzrenten mehr gewährt werden, wobei die bereits gewährten Zusatzrenten gewährleistet blieben; erst nach einer längeren Übergangsphase wurden in einem zweiten Schritt auch die bisherigen Zusatzrenten aufgehoben (dazu Art. 22^{bis} AHVG).

4.3. Was die Veränderung von anwartschaftlichen Renten betrifft, ist die Rechtsetzung ebenfalls recht zurückhaltend. Hier wird allgemein der Grundsatz befolgt, dass bei Personen, welche kurze Zeit vor der Konkretisierung der Anwartschaft stehen, der erwartete Leistungsanspruch nicht mehr tangiert wird. Beispiel für eine solche Rechtsetzung bildet insbesondere die Heraufsetzung der Altersgrenze in der AHV; hier ergab sich eine Übergangsfrist von vier bzw. von acht Jahren, um das Rentenalter zu erhöhen (dazu Schlussbestimmung der 10. AHV-Revision lit. d).

In einer Gesamtwürdigung ergibt sich, dass die sozialversicherungsrechtliche Rechtsetzung bezogen auf die Abänderung von laufenden Leistungsansprüchen äusserst zurückhaltend ist; bezogen auf anwartschaftliche Leistungen werden bei späteren (für die Versicherten nachteiligen) Änderungen regelmässig weitgehende Übergangsfristen eingeräumt. Werden diese Grundsätze auf den Wegfall der bisherigen Berufstätigkeit im Rahmen der Krankenversicherung übertragen, ergibt sich Folgendes: Die bisher im Rahmen der delegierten Psychotherapie tätigen Therapeutinnen und Therapeuten üben die betreffende Berufstätigkeit bereits aus und sind deshalb durch einen Wegfall in besonderer Weise tangiert. Es ergibt sich ein Sachverhalt, der weitestgehend demjenigen entspricht, der bei einer leistungsbeziehenden Person besteht. Es ist — wenn die entsprechenden Grundsätze übertragen werden — also davon auszugehen, dass die Rechtsetzung bei solchen Ausgangslagen den bisher bestehenden Anspruch nicht angreift. Zurückhaltung geboten ist bei den bisher tätigen Personen zudem deshalb, weil das Delegationsmodell sich durchaus bewährt und zu keinen inhaltlichen bzw. fachlichen Beanstandungen geführt hat. Es geht also nicht etwa darum, dass eine finanzielle Schwierigkeit einer Sozialversicherung zu beheben ist (in welchem Fall gegebenenfalls ein Wegfall von Anwartschaften eher gerechtfertigt werden kann). Es geht einzig um eine

organisatorische Neuordnung, welche den Therapeutinnen und Therapeuten eine vermehrte berufliche Selbständigkeit erlauben soll. Es ist aus der Sicht der Zielsetzung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung — qualitativ hochstehende Leistungen zu möglichst günstigen Preisen — keineswegs erforderlich, die bisherige delegierte Psychotherapie ersatzlos aufzuheben.

Insoweit gebietet das Verhältnismässigkeitsprinzip, dass bezogen auf die bisher in der delegierten Psychotherapie tätigen Personen eine angemessene Regelung aufgestellt wird, welche die Weiterführung der bisherigen Tätigkeit für diejenigen Personen ermöglicht, welche bereits bisher tätig waren. Wie die entsprechende Regelung ausfallen soll, wird nachstehend genauer aufgezeigt.

5. Es sind diejenigen Kriterien zu bezeichnen, welche für eine zutreffende Ausgestaltung einer übergangsrechtlichen Ordnung von Bedeutung sind.

- Dauer der bisherigen Beschäftigung: Je länger die bisherige delegierte Psychotherapie bereits ausgeübt wurde, umso eher liegt nahe, eine Weiterführung dieser Tätigkeit zu ermöglichen. Denn erfahrungsgemäss stellt es eine höhere Hürde dar, nach einer längerjährigen Berufstätigkeit eine berufliche Neuorientierung vorzunehmen, als nach einer nur kurzzeitig ausgeübten Tätigkeit. Es wird hier davon ausgegangen werden können, dass nach einer mindestens während fünf Jahren ausgeübten delegierten Tätigkeit ein Anspruch darauf entsteht, auch weiterhin unter den bisherigen Voraussetzungen tätig sein zu können.

- Lebensalter der betreffenden Person: Es entspricht einer Erfahrungstatsache, dass bei Personen in vorgerücktem Alter die berufliche Umstellung schwerer fällt. Diese Auffassung konkretisiert sich beispielsweise in der IV, wo bei Personen über einem bestimmten Mindestalter (etwa 55 Jahre; vgl. Schlussbestimmung der 6. IV-Revision, lit. a Abs. 4) eine Rentenaufhebung nicht mehr erfolgt. Es könnte beispielsweise vorgesehen werden, dass eine Weiterführung der bisherigen Tätigkeit im Rahmen der bisherigen

delegierten Psychotherapie zulässig ist, wenn die betreffende Person das 50. Altersjahr überschritten hat.

- Ausmass der bisherigen Tätigkeit in der delegierten Psychotherapie: Es wird davon ausgegangen werden können, dass ein Wegfall eines höheren Arbeitsumfanges weit einschneidender ist als der Wegfall eines kleineren Teilzeitpensums. Auch geht es wiederum um den Aspekt der Verhältnismässigkeit. Es könnte beispielsweise angenommen werden, dass bei Personen mit einem Pensum von mehr 30% der üblichen Arbeitszeit davon ausgegangen wird, dass eine Weiterführung der bisherigen Tätigkeit zulässig ist.
- Berufliche Anforderungen: Es versteht sich, dass die Weiterführung der bisherigen Tätigkeit voraussetzt, dass die bisher erfüllten Voraussetzungen auch weiterhin erfüllt werden. Dabei geht es darum, dass die geforderte qualitativ hochstehende medizinische Versorgung auch unter Berücksichtigung der Weiterführung der Delegationsmöglichkeit gewährleistet ist.

6. Vorliegend ist im Nachgang zu den allgemeinen Ausführungen zur übergangsrechtlichen Regelung zu prüfen, wie der gegenwärtig im Vernehmlassungsverfahren befindliche Entwurf zu einer Änderung der KLV sowie der KVV einzuordnen ist. Mit dieser vorgesehenen Änderung der Verordnungen wird das bisherige Delegationsmodell bei der psychologischen Psychotherapie abgelöst durch ein Anordnungsmodell. Dabei sieht Art. 50c KVV vor, welche Aus- und Weiterbildung die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufweisen müssen. Art. 11b KLV legt im Einzelnen fest, unter welchen Voraussetzungen die Kosten übernommen werden.

In übergangsrechtlicher Hinsicht ist bezogen auf Art. 50c KVV festgehalten, dass Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung eine nach Art. 49 Abs. 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, auch zugelassen sind, wenn sie die Anforderung nach Art. 50c

KVV nicht erfüllen. Personen, die über eine Bewilligung nach Art. 22 PsyG verfügen, müssen nach der vorgesehenen Übergangsbestimmung die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Art. 50c Abs. 1 lit. c KVV nicht erfüllen. Zum Wechsel vom Delegationsmodell zum Anordnungsmodell wird festgehalten, dass die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie noch längstens bis 12 Monate nach Inkrafttreten der Änderung übernommen werden.

Vorab ist auf eine Unklarheit hinzuweisen. Mit der Übergangsbestimmung zur Änderung der KLV wird für eine 12-monatige Frist die weitere Übernahme der Kosten für die delegierte Therapie festgelegt. Es fragt sich, ob dies auch gilt, wenn Therapeutin beziehungsweise Therapeut die Voraussetzungen von Art. 50c KVV nicht erfüllen. Die Erläuterung der vorgesehenen Änderung vom Juni 2019 hält diesbezüglich fest, dass mit Blick auf die notwendigen Vorkehren eine Weitervergütung während 12 Monaten vorgesehen ist. Dies schliesst an sich ein, dass auch nach Art. 50c KVV nicht zugelassene Personen, welche bisher in der delegierten Psychotherapie tätig waren, noch Leistungen erbringen können, welche als ärztliche Leistungen während längstens 12 Monaten vergütet werden.

Im Weiteren ist auf die vorgesehene Übergangsregelung einzugehen, und es ist diese in einen Gesamtzusammenhang zu stellen.

Zentral ist die Übergangsregelung in der KVV. Hier ist zu Recht eine Übergangsregelung vorgesehen. Dabei sieht Abs. 3 der Übergangsbestimmung vor, dass verschiedene Leistungserbringende, welche bereits zur Tätigkeit zugelassen waren, weiterhin zugelassen bleiben. Es geht um die Leistungserbringenden nach Art. 45, Art. 46 Abs. 1 lit. a bis c sowie lit. e KVV. Nicht auf diese Übergangsbestimmung können sich mithin Logopädin und Logopäde, Neuropsychologin und Neuropsychologe sowie psychologische Psychotherapeutin sowie psychologischer Psychotherapeut berufen. Die anderen Kategorien der auf Anordnung hin tätig werdenden Personen können demgegenüber die Übergangsre-

gelung anrufen. Damit fragt sich vorerst, weshalb unter den einzelnen Kategorien unterschiedliche Regelungen getroffen werden. Dies wird in der Erläuterung durch das Bundesamt für Gesundheit nicht näher erläutert. Es wird immerhin – und zu Recht – darauf hingewiesen – dass der Vertrauensschutz in die bisherige Berufsausübung geschützt werden muss (Kommentar, S. 22). Dieser Vertrauensschutz wird denjenigen Personen gewährt, deren Tätigkeit durch das Gesundheitsberufegesetz geordnet wird. Anders verhält es sich für die logopädische sowie neuropsychologische Tätigkeit sowie für die psychologische psychotherapeutische Tätigkeit. Es ist nicht leicht zu erkennen, weshalb der an sich zu Recht angerufene Vertrauensschutz nicht für alle Personen, welche auf Anordnung hin tätig werden, besteht. Der Vertrauensschutz, der bei der Übergangsrechtlichen Ordnung jeweils zu beachten ist, hängt regelmässig nicht davon ab, gestützt auf welche rechtliche Grundlage (Gesundheitsberufegesetz oder sonstiger Erlass?) eine Neuordnung erfolgt. Leitpunkt für die Regelung ist vielmehr, dass eine bisher über längere Zeit ausgeübte Tätigkeit auch bei einer rechtlichen Neuordnung weiterhin ausgeübt werden soll. Es kann diesbezüglich darauf hingewiesen werden, dass bezogen auf eine gegenwärtig im Parlament diskutierte Neuordnung der Zulassung der Tätigkeit (Vorlage 18.047) als Selbstverständlichkeit bezeichnet wird, dass Leistungserbringende, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bereits in dieser Eigenschaft arbeiteten, die Zulassung selbstverständlich «auch haben» (so AB 2019 S 249, Stöckli Hans, Kommissionssprecher). Es ist wenig verständlich, dass eine vom Parlament als Selbstverständlichkeit bezeichnete Ausgangslage beim Wechsel vom Delegationsmodell zum Anordnungsmodell nicht gelten soll. Dabei muss nämlich berücksichtigt werden, dass im bisherigen Delegationsmodell auf tarifarischer Ebene Voraussetzungen aufgestellt wurden, welche auf die Gewährleistung der hohen Qualität der psychologischen Psychotherapie gerichtet waren und dazu geführt haben, dass die betreffende Tätigkeit zu keinen fachlichen Beanstandungen Anlass gab. Vielmehr hat sich die bisherige Regelung bezogen auf die geforderte hohe Qualität durchaus bewährt, und es erfolgt denn auch der Wechsel vom Delegationsmodell zum Anordnungsmodell keineswegs wegen der bisher nicht gewährleisteten Qualität.

Es ist zugleich nicht zu verkennen, dass der Wechsel vom Delegationsmodell zum Anordnungsmodell die Einführung eines neuen Modells bedeutet. Dies legt gegebenenfalls nahe, den Vertrauensschutz auf bestimmte Kategorien von bisher tätigen Psychologinnen und Psychologen zu beschränken. Es kann dabei auf einige weitere Kriterien abgestellt werden, um eine schlüssige und überzeugende Neuordnung zu finden. So kann beispielsweise auf das aktuelle Altersjahr sowie die bisherige Dauer der Berufsausübung abgestellt werden. Jedenfalls ist zwingend, dass mit Blick auf die Willkürfreiheit sowie auf den zu gewährleistenden Vertrauensschutz eine Ordnung vorgesehen wird, welche die vorgeschlagene Übergangsordnung ergänzt. Es ist nachfolgend gestützt auf die bisherigen Ausführungen ein konkreter Vorschlag auszuformulieren.

7. Ausgehend von den vorstehend in Ziffer 5 umschriebenen Teilkriterien ist abschliessend aufzuzeigen, wie eine entsprechende Übergangsregelung ausgestaltet sein kann.

Übergangsregelung zur Änderung der KVV:

Abs. 1:

Therapeut und Therapeutin, welche bis zum Inkrafttreten der Änderung vom ... Leistungen im Rahmen der delegierten Psychotherapie erbracht haben, sind berechtigt, die bisherige Tätigkeit im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung weiterzuführen, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 2 erfüllt sind.

Abs. 2:

Die Weiterführung der bisherigen therapeutischen Tätigkeit ist ohne zeitliche Begrenzung zulässig, wenn der Therapeut oder die Therapeutin im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom ...:

a das 50. Altersjahr erreicht hat,

- b während mehr als fünf Jahren im Rahmen von Delegationsverhältnissen tätig war,*
- c in den letzten drei Jahren während durchschnittlich mehr als 30% einer üblichen Arbeitszeit im Rahmen von Delegationsverhältnissen tätig war und*
- d die bisherigen Voraussetzungen für eine delegierte Tätigkeit auch weiterhin erfüllt.*

8. Ich hoffe, dass ich Ihnen mit diesen Überlegungen und dem konkreten Vorschlag die weitere Bearbeitung des Anliegens erleichtern konnte. Selbstverständlich können Sie mich bei allfälligen Fragen auch weiterhin gerne erreichen.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Ueli Kieser'.

Ueli Kieser

Dr. phil. Vera Luif
Psychoanalytische Praxis
Weinbergstrasse 145
CH - 8006 Zürich
Tel.: 044-361 19 11
vera.luif@psychologie.ch
www.psychotherapie-luif.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 : Gesellschaft für klinische Hypnose und Hypnotherapie Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : GHYPS

Adresse : Sekretariat, Bernstrasse 103A, 3052 Zollikofen

Kontaktperson : Caroline Maroni

Telefon : 078 730 30 41

E-Mail : caroline.maroni@psychologie.ch

Datum : 04.10.2019

Aubonne le 7 10 2019

Consultation: Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins
Réponse du gpmt SVM des médecins de famille-MF Vaud.

Cher Président, cher Philippe,

Merci de nous avoir sollicités dans le cadre de la consultation de cette loi. Nous avons également pris connaissance de la lettre du Dr Juilland, président du gpmt des psychiatres vaudois. Après délibération, le comité de MF Vaud a décidé de soutenir la pétition lancée par la Fédération Suisse des Psychologues (FSP), l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP) et l'Association professionnelle Suisse de Psychologie Appliquée (SBAP) intitulée « Eliminer les obstacles – Garantir la prise en charge des maladies psychiques ». MF Vaud répond donc favorablement à la consultation du Conseil Fédéral qui prévoit de passer du modèle de la délégation à celui de la prescription.

MF Vaud estime que ce projet de loi apporte de nombreuses améliorations. En effet, pour les médecins de famille la situation présente est insatisfaisante. Pour reprendre les mots de mfe, dans leur quotidien, il arrive trop souvent que les enfants, jeunes et adultes qui devraient suivre une psychothérapie, ne puissent pas être pris en charge de manière appropriée en raison des longs délais d'attente. Les problèmes psychiques se compliquent avec le temps ce qui accentue les souffrances des personnes concernées. Ce modèle engendre par ailleurs une iniquité où les personnes qui ont les moyens peuvent suivre une thérapie en la payant de leur poche ou à travers leur assurance complémentaire.

Nous regrettons cependant que le projet de loi ait été élaboré sans la consultation préalable des psychiatres et des psychologues-psychothérapeutes. Nous prions donc l'administration fédérale à inviter les prestataires de soins concernés à participer à la conception de cette modification législative. Leur implication est essentielle, elle contribuera à améliorer la qualité et cohérence des modifications législatives prévues et par conséquent de la prise en charge future des patientes et patients.

Renforcement de la médecine de famille : La mesure principale de ce projet consiste de passer d'un modèle où la prise en charge par des psychologues-psychothérapeutes ne peut être remboursée par l'AOS uniquement si elle a été déléguée et fournie sous la surveillance de psychiatres (ou médecins autorisés) dans les locaux de ces derniers, à un modèle où les psychothérapies pourront être prescrites par des médecins issus de diverses spécialisations, entre autres par un médecin de famille ou un pédiatre. Il faut savoir que les médecins de famille ayant suivi la formation de psychosomatique peuvent déjà prescrire une psychothérapie déléguée (certificat d'aptitude). Ainsi ce droit sera étendu à tous les MF. MF Vaud se réjouit de la reconnaissance et du renforcement de la médecine interne générale et de la pédiatrie que ce projet englobe. Le médecin de famille et le pédiatre ont acquis dans le cadre de leur formation des compétences médicales, pharmacologiques et psychosociales qui leur permettent de prendre en charge une partie des troubles psychiques. Par ailleurs, proche des besoins et détenant une connaissance approfondie du contexte de vie de la personne, l'approche des médecins de famille permet d'intégrer les soins psychiques et psychiatriques dans une vision globale des patientes et patients. Dans les situations qui demandent des compétences en santé

mentale plus approfondies, les médecins de famille et les pédiatres pourront prescrire des consultations auprès des psychiatres ou psychologues-psychothérapeutes en fonction des cas. Le rôle-clé du médecin généraliste se voit renforcé dans ce projet ce qui va de pair avec un besoin de collaboration interprofessionnelle accru entre le médecin de famille et le psychiatre ou les psychologues-psychothérapeutes dans les cas où cela s'avère nécessaire. MF Vaud soutient la demande faite par mfe que le système prévoit un financement adéquat permettant le renforcement de l'échange interprofessionnelle nécessaire à une collaboration réussie.

Dr Sébastien Jotterand, président de MF Vaud, pour le comité du gmt SVM des médecins de famille.

GPPF Groupement des psychiatres et psychothérapeutes fribourgeois

Département fédéral de l'intérieur

Monsieur le conseiller fédéral Alain Berset

Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch;gever@bag.admin.ch

Fribourg, le 16 octobre 2019

Procédure de consultation : modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance de soins) OPAS;RS 832.112.31 concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance de soins (AOS) et de l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale.

Réponse du groupement des psychiatres et psychothérapeutes fribourgeois GPPF

Monsieur le Conseiller fédéral,

En tant que représentants du GPPF, nous vous remercions de l'opportunité de participer à la consultation relative aux objets susmentionnés.

Le canton de Fribourg est dans une situation différente des grandes agglomérations au niveau de l'offre en psychothérapie. Les psychiatres/psychothérapeutes sont soumis à la clause du besoin mais même s'il est actuellement relativement facile de pouvoir s'installer, le nombre de psychiatres reste apparemment insuffisant et nos collègues médecins de premier recours ont des difficultés à trouver rapidement des thérapeutes disponibles que ce soit des psychiatres travaillant seuls ou des psychologues en délégation. Pour les patients bénéficiant d'une assurance complémentaire ad hoc, ces derniers ont la possibilité de pouvoir s'adresser directement à des psychologues travaillant en tant qu'indépendants.

Cette iniquité d'accès au traitement est une réalité sur le canton de Fribourg et une partie des patients vont directement prendre contact avec un psychologue si leur assurance complémentaire leur permet, tandis qu'une autre partie passe par leur médecin traitant ou s'adresse directement à un psychiatre installé et doivent encore trop souvent attendre des délais difficilement acceptables. Les psychiatres travaillant avec des psychologues en délégation ont en théorie plus de disponibilités et sont soumis à un devoir de surveillance et de supervision. Au niveau de la responsabilité civile, ils restent responsables de la thérapie. Les psychothérapies déléguées ne sont pas en principe de type TPPI et sont soumises à une

prolongation après 40 séances par le médecin conseil. Seuls les psychiatres d'après la loi actuelle ont la possibilité de prescrire des traitements TPPI. Le modèle de délégation actuel n'est pas à notre sens un mauvais modèle. Il devrait être néanmoins mieux encadré pour éviter des situations d'exploitation des psychologues. Ce modèle ouvrirait la possibilité d'une collaboration et d'une complémentarité de soins entre psychiatres et psychothérapeutes qui amenaient aussi dans les situations complexes et de crise une qualité de prise en soins. Nous trouvons dommage que ce modèle soit complètement aboli et que le choix ne soit pas laissé aux psychologues/psychothérapeute de travailler après l'obtention de leur titre soit dans un modèle de délégation soit comme indépendant.

De plus selon notre expérience, les psychologues qui font le choix de travailler comme indépendants le faisaient après plusieurs années d'expérience en délégation, ou après plusieurs années de pratique en institution, mais la possibilité d'être engagée dans le secteur psychiatrique hospitalier est restreinte par le nombre de place disponible. Cette expérience après l'obtention du titre FSP est nécessaire pour apprendre à gérer les situations d'urgence et pour pouvoir avoir le bagage nécessaire pour traiter des patients avec des maladies psychiques lourdes.

Si les médecins de premier recours (de famille) sont donc amenés à prescrire la psychothérapie, cela impliquera un certain nombre de changements.

Nous estimons que ces derniers sont à même d'identifier et de poser l'indication à d'un suivi psychothérapeutique. Un certains nombres de médecins prescrivent en première instance déjà des traitements psychotropes sans passer forcément par le spécialiste. Ils sont par contre moins bien formés en général pour poser des diagnostics psychiatriques et à remplir et argumenter avec les assurances sociales et perte de gains qui de leur côté ont des critères assez stricts, notamment l'assurance invalidité. Une formation supplémentaire serait nécessaire pour garantir cette qualité (formation pour prescription à la psychothérapie délégué ou formation APPM) mais demanderait un important investissement à nos collègues qui sont par ailleurs très limités dans le nombre de prestations en l'absence du patient.

De plus, nous aimerions vous rendre attentif à la prise de position sur la capacité de travail, cette dernière demande des compétences pour lesquelles les psychologues ne sont forcément formés.

De fait pour les cas d'apparence plus légers, l'accès à la psychothérapie via la prescription aux psychologues serait facilité avec un accès plus rapide dans la période aiguë aux soins et ainsi les coûts indirects liés à l'arrêt de travail et à une chronicité des troubles théoriquement diminuées. Les cas les plus complexes seraient donc toujours dirigés vers une prise en charge plutôt de psychiatrique.

Nous aimerions vous rendre également attentif à un certain nombre de points près discussion avec nos collègues psychologues (association des psychologues fribourgeois AFP) et l'association des médecins de famille et de l'enfance de Suisse (mfe) en date du 7.10.2019.

Les médecins prescripteurs subissent déjà des pressions par les assurances concernant les coûts de ce qu'ils prescrivent. Les patients psychiatriques nécessitant des soins chroniques devront nécessairement avoir des suivis qui vont au-delà des 40 séances. Que va-t-il advenir de ses derniers ? Vont-ils avoir des difficultés à trouver un médecin praticien, est ce qu'ils devront uniquement être pris en charge par les psychiatres quand bien même leur traitement

médicamenteux est stabilisés. Les traitements dits TPPI seront-ils dissous alors qu'ils incluent la possibilité de collaboration et de travailler en réseau ? Les médecins généralistes ont actuellement droits à 30 minutes pour trois mois comme prestations en absence qui peut être étendu à 60 minutes dans les cas lourds.

Le GPPF soutient que ce temps est insuffisant et qu'il devrait être augmenté dans les positions tarifaires de manière significative pour permettre une collaboration et des échanges avec les psychologues.

Le GPPF demande une clarification autour de qu'il va advenir des traitements dits TPPI.

1. Concerne Art.50 c.OAMAI, al let.c

La formation actuelle des psychologues sera uniformisée via la nécessité d'un titre post-grade fédéral pour que leur activité soit prise en charge par l'AOS, ce que nous saluons.

Néanmoins si nos collègues psychologues/psychothérapeutes sont amenés à travailler de manière totalement indépendante, ils devraient être mieux formés pour prendre en charge les pathologies lourdes. De ce fait, nous soutenons l'argumentaire de la FMPP qu'une année de clinique ne suffit pas et que 3 ans de formation clinique comprenant un nombre fixe d'année en institution reconnu par l'IFSM en catégorie A ou B est nécessaire. La possibilité de travailler en cabinet selon des critères qui permettent de surveiller que le psychologue puisse prendre en charge un certain nombre de patients avec comorbidités psychiatriques pour élargir son expérience pourraient être aussi une possibilité après l'obtention du titre FSP ou pour les psychologues reconnus comme ayant suffisamment de formation pour pouvoir travailler en délégation avant le titre FSP (cf. critères G de reconnaissance de la psychothérapie dans le cadre médical).

- 2. Un contrôle type clause du besoin cantonale des installations des psychologues est indispensable pour limiter les coûts ainsi qu'une concurrence excessive entre prestataires de soins et contrôler la qualité des soins. Une collaboration des services de santé publique cantonaux et les sociétés de médecine cantonale est indispensable dans l'application des critères de droit de pratique cantonale comme nous l'avons constaté dans plusieurs situations délicates.**

3. Concerne Art 3, prise en charge des coûts

Le nombre de séances de psychothérapie pratiquée par un psychologue serait de de quinze par prescription.

Le GPPF rejette cette disposition et propose de limiter la prescription à 20 séances au lieu des 15 proposés.

Nous ne sommes pas en accord avec le rapport de l'OFS qui stipule que les thérapies durent en moyenne 30 séances. Le GPPF soutient la proposition des médecins de famille (MFE) de fixer 20 séances par prescription médicale et augmenter la limite des prescriptions 40 séances avant de devoir demander une garantie de poursuite de prise en charge aux assurances. Cela permettrait aux patients de ne pas se sentir insécurisés

par un nombre de séances limités, de ne pas augmenter la charge administrative pour les médecins prescripteur et les psychologues-psychothérapeutes.

Les médecins prescripteurs doivent pouvoir contrôler la bonne marche de la thérapie et ce dans un laps de temps raisonnable pour pouvoir rediriger le patient si nécessaire, par exemple en cas de nécessité d'évaluation par un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Pour cette raison nous soutenons les médecins de famille (**mfe**) dans leur demande de pouvoir prescrire 1 fois 20 séances avec un renouvellement de 20 séances après contrôle et ce indépendamment du rapport au médecin conseil qui se passe après 40 séances.

4. Art 11b,al.3,OPAS

Le GPPF rejette la limitation de la durée des séances au niveau de l'ordonnance
Durée des thérapies individuelles : réduction de la durée maximale de la séance de 75 à 60 minutes. Une séance ne dure pas automatiquement 60 minutes. Si la durée est réduite, certaines formes de thérapie reconnues scientifiquement ne pourront plus être dispensées ou leurs utilisations seront gravement entravées ; il s'ensuivra une baisse préjudiciable de la qualité de prise en charge.

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 acte médical. Il s'agit, ici aussi d'une tentative, sans aucun fondement scientifique, de faire passer un argument politico-économique pour compenser la future augmentation des coûts.

5. Concerne Art.11b,al.4 et 5,OPAS

Les rapports médicaux de suivi psychothérapeutique pourraient être en principe rédigés par le psychologue si la formation du psychologue est approfondie dans le sens d'une terminologie idoine aux besoins des autorités mandataires et des assurances. Les psychologues ne sont complètement formés pour rédiger des rapports médicaux de manière autonome sans la formation approfondie précitée, ni de poser une indication médicale à une incapacité de travail. Le médecin prescripteur n'aura pas l'implication comparable à ce que ne faisait auparavant le psychiatre qui délégait, ni la formation ni le temps imparti pour accomplir cette tâche. Pour les situations requérant l'avis d'un spécialiste, nous recommandons que le médecin prescripteur demande une consultation spécialisée (consilium).

6. Concerne les dispositions transitoires, al 1 et 2

Le GPPF soutient la suppression de l'alinéa 1 et de l'alinéa 2 des dispositions transitoires.

Les psychologues devraient être responsables au sens civil de la prise en charge dès lors qu'ils s'acquittent de ce mandat. La responsabilité ne devrait pas en incomber au médecin prescripteur du moment où ce dernier ne verra pas avant en tout cas 20 à 40 séances de nouveau son patient. Nous soutenons en ce sens la position des médecins de famille.

Le GPPF soutient la suppression de l'alinéa 1 et de l'alinéa 2 des dispositions transitoires

7. Art2,al 1 lettre b) nécessité des instruments de mesures en psychothérapie

La question de diagnostic préliminaire, intermédiaire et final est obsolète. Elle ne permettra pas une meilleure prise en charge et ne devrait jamais être remplacée par des instruments de mesure. En introduisant de tels tests, la confédération s'immisce dans les traitements et privilégie certaines méthodes thérapeutiques. Les échelles d'analyse ne remplacent pas au niveau scientifique une bonne anamnèse clinique menée sur plusieurs séances, cela est prouvé par plusieurs études scientifiques selon l'evidence based medicine pour un certain nombre de pathologie.

Le GPPF soutient la suppression de l'art.2 alinéa 1 lettre b

8. Dispositions transitoires

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.

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.

9. 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 post graduée en cabinet, sans oublier que leur aptitude à facturer LaMal avant l'obtention du titre FSP n'est pas réglée, le modèle de délégation ne pouvant en aucun être reproduit purement et simplement dans des cabinets psychologiques puisque cela correspondrait à une répétition, voire à un simple déplacement du problème de pratique dépendante.

***EXIGENCE :** La SSPP et la SSPPEA doivent être impliquées dans l'évaluation et dans l'étude d'accompagnement.*

Le GPPF soutient la SSPP dans le sens que l'assurance doit prendre en charge les coûts pour les prestations de psychothérapie déléguée au minimum jusqu'à 24 mois après entrée en vigueur de l'ordonnance.

10. Dispositions transitoires

Le contenu des modifications des ordonnances et leurs conséquences sur le plan de la politique de santé et des coûts semblent avoir été insuffisamment réfléchis. Prétendre que les troubles psychiques peuvent être assimilés aux pathologies somatiques, qu'on traite adéquatement par une, deux ou trois prescriptions de x séances, est très problématique. Il

serait souhaitable que la mise en œuvre des modifications des ordonnances en fonction des objectifs fixés par le Conseil fédéral fasse l'objet d'un réexamen par un groupe d'experts issus des organisations professionnelles concernées.

Pour terminer nous aimerions vous faire part de notre étonnement que ce projet de loi ait été élaboré sans consultation préalable des psychiatres et des psychologues directement concernés. Nous prions l'administration fédérale à inviter le SSPP et la SSPPEA à participer à la modification législative en collaboration avec les psychologues/psychothérapeutes et les médecins de premier recours.

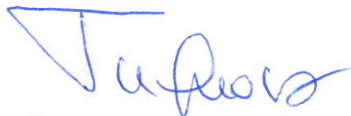
Nous vous remercions de votre attention et vous prions de recevoir, Monsieur le Conseiller fédéral, nos salutations distinguées.

Pour le GPPF groupement de psychiatre et psychothérapeute fribourgeois :

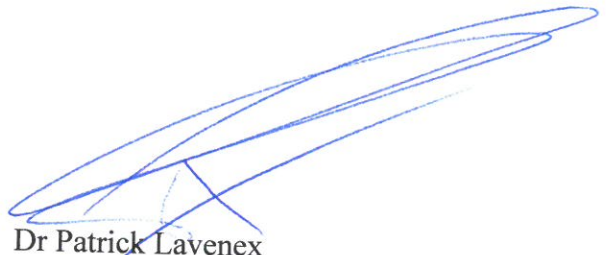
Dr Sandra Tu Quoc, présidente GPPF (depuis juin 2019)

Dr Patrick Lavenex, ancien président GPPF

Membre consulté : Dr Christophe Salathé, membre du comité GPPF et représentant institutionnel du RFSM (Réseau fribourgeois de santé mentale)



Dr Sandra Tu Quoc



Dr Patrick Lavenex

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

Abkürzung der Firma / Organisation : GPPSo

Adresse : Werkhofstrasse 2, 4500 Solothurn

Kontaktperson : Dr. med. Thomas Ackermann

Telefon : 032 622 92 20

E-Mail : t.ackermann@hin.ch

Datum : 09.10.2019

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

| Allgemeine Bemerkungen | |
|---|--|
| Bemerkung/Anregung | |
| DIE GPPSO LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB. | |
| <p>Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden.</p> <p><i>Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i></p> | |

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | |
|---|-------------|-------------|---|---|
| Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag |
| 50 | 1 | c | <p>Psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B).</p> <p>Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen.</p> <p>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.</p> <p>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 Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde</p> | <p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 3 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Krankheitsspektrum).</p> |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>(mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung wird nicht behoben werden, hingegen wird es zu einer Fehlversorgung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Sie werden grosse Mühe haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu</p> | |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>erhalten (vgl. auch Bemerkung weiter unten Art. 2, Abs. 1, Bst. b) KVV)</p> <p>Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p><i>FORDERUNG: 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 Kategorie A (nicht</i></p> | |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | <p><i>aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenezwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</i></p> <p><i>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die GPPSo, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</i></p> <p><i>Die GPPSo unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</i></p> | |
| | | <p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Personen zu behandeln, obwohl sie als Therapeuten nur über ein Jahr klinischer Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art.11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> | <p>STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen</p> |

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

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>Die GPPSo erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p> <p>Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist entsprechend explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologischen Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt liegt.</p> | |
|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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) | | |
|---|--|---|
| Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| 2, Abs. 1, Bst. B) | <p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig.</p> <p>Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Gegebenenfalls können, abhängig vom Krankheitsbild, zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat.</p> <p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, präferiert doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen.</p> | <p>STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie</p> |

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

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbar Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.</p> <p>Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> | |
|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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: Die GGPSO fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</i> | |
| Art. 3 | <p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der Verordnungsänderung zu erwartenden Mengenausweitung als Argument einer kostendämpfenden Massnahme zu dienen.</p> <p>Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken und sind eine Beeinträchtigung für die Therapie (Stichworte Vertrauensbildung und Sicherheit).</p> <p>Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher, ohne erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. –zahler.</p> <p><i>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen.</p> | <p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p> |

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

| | | |
|----------------------|--|--|
| | <p>Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p> <p>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</p> | |
| Art. 11b, Bst. A. | <p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.</p> <p>FORDERUNG: Die GPPSo verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</p> <p>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die GPPSo die Einführung</p> | <p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und -psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu</p> |

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

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| | eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung. | 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 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 formalen 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 | |
|--|--|
| Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| <p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) durchzuführen ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung betrachtet eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend!</p> <p>FORDERUNG: Die SGPP und die SGKJPP sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.</p> | <p>Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung!</p> |
| <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.</p> | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).</p> |
| <p>Die Inhalte der Verordnungsänderungen ebenso wie deren gesundheitspolitischen wie auch finanziellen Auswirkungen scheinen zu wenig reflektiert. Enorm problematisch ist die inhärente Botschaft, dass psychiatrische Störungen behandlungsmässig in die Nähe von somatischen Beschwerden gerückt werden, die mit eine, zwei oder auch drei Anordnungen für x Sitzungen adäquat behandelt werden können. Es würde den angestrebten Verordnungsänderungen im Sinne ihrer durch den Bundesrat zu verfolgenden Zielsetzungen gut anstehen, deren Ausgestaltung durch ein interdisziplinäres ExpertInnengremium der betroffenen Fachorganisationen nochmals grundsätzlich zu überdenken.</p> | |



Lausanne, le 3 août 2019

Prise de position du Groupement des Psychiatres Psychothérapeutes Vaudois (GPPV) par rapport à l'ordonnance de Monsieur le Conseiller Fédéral Alain Berset concernant la prise en charge par l'assurance-maladie de base des psychothérapies prescrites aux psychologues par les médecins, toute spécialité confondue:

Préambule:

Depuis des années, les psychologues tentent d'accéder au remboursement des prestations par la LaMal. Ils œuvrent en tentant de faire croire qu'il n'y a pas de différence significative entre leurs prestations et celle des psychiatres-psychothérapeutes. D'autre part, quelques cas de collaborations problématiques autour de la délégation de psychothérapie sont montés en épingle dans les médias pour étayer leur revendication. Néanmoins, ces quelques cas témoignent d'une insatisfaction endémique liée au flou régnant autour des conditions de cette délégation.

En économie de la santé, lorsqu'un nouveau dispositif de financement est envisagé, lorsqu'il serait souhaitable qu'un nouveau médicament soit remboursé par l'assurance-maladie, ou lors de l'achat d'un nouvel équipement hospitalier lourd, par exemple, il y a toujours une analyse de la pertinence de cette nouveauté sous l'angle de l'économicité, de l'efficacité, de l'équité, du bénéfice social et du rapport coût - efficacité, parmi les critères les plus pertinents et les plus utilisés, afin d'évaluer si la nouveauté, répondant à ces critères, sera financée ou prise en charge par la LaMal.

En vertu de cela, nous proposons l'analyse suivante:

Équité:

Rappel du principe d'équité en économie de la santé : il s'agit d'un des rôles de l'état, qui est d'assurer à tous un accès aux soins indépendamment du revenu.

Le système de soins psychiques de notre pays est basé sur la psychiatrie. Actuellement, en Suisse et à notre connaissance, tous les patients nécessitant des soins psychiques sont rapidement pris en charge, ceci grâce à un dispositif bien organisé et composé, entre autre, de psychiatres extrêmement compétents, au bénéfice d'une excellente formation. Pour rappel, seuls ces derniers sont habilités, formés et compétents pour évaluer l'urgence et y répondre de manière adéquate.

Tout patient nécessitant une prise en charge moins aiguë de sa souffrance psychique trouve toujours et dans un délai très raisonnable un psychothérapeute (psychiatre ou psychologue en délégation

après évaluation par le psychiatre) qui puisse l'aider, sauf dans des régions de "désert médical", tel le Pays d'en-Haut par exemple, où la situation est plus délicate pour y trouver un spécialiste.

L'accès aux soins psychiques, qu'ils soient de l'ordre de la psychiatrie ou de la psychothérapie, est donc selon nous tout à fait suffisant, voire pléthorique en région urbaine; c'est d'ailleurs une des raisons, rappelons-le, de l'existence de la "clause du besoin" qui a pour objectif premier de limiter les installations des médecins et donc de baisser les coûts de la santé.

D'autre part, il n'existe dans le pays et à notre connaissance aucune étude d'impact montrant de manière objective un quelconque manque en psychothérapeutes.

L'ordonnance de M. Berset, qui ouvre la porte au remboursement de milliers de psychologues par la LAMal va donc à l'encontre de la réalité de l'offre, plus que suffisante, en soins psychiques dans notre pays.

Efficacité :

Les psychiatres, rappelons-le, sont des médecins. Après l'obtention du diplôme de médecin (sept ans d'études universitaires), ils suivent au minimum six ans de formation postgraduée en médecine somatique et en psychiatrie et psychothérapie en milieu institutionnel (hôpital, centre de consultation) avec des gardes, des prises en charge d'urgence et de crise ainsi que des suivis de toutes sortes (psychothérapies, traitements psychiatriques psychothérapie intégré (TPPI) etc.). Cette longue formation est sanctionnée d'un examen et de la défense d'un mémoire de psychothérapie, et les exigences annuelles de formation continue sont importantes tout au long de la carrière du psychiatre.

Ainsi, les psychiatres sont au bénéfice d'une double formation: d'un côté médecin-psychiatre, capables d'évaluer de manière globale le patient dans toute sa subtilité et dans toute sa complexité, tant psychique, sociale, que somatique ("modèle bio-psycho-social"). D'autre part, le psychiatre est formé de façon très rigoureuse à la psychothérapie, qui est son autre domaine de compétence.

Notre approche est donc très différente de l'approche des psychologues, et il est par conséquent évident que la psychothérapie réalisée par un psychiatre n'équivaut pas à celle d'un psychologue. En effet le psychiatre a les compétences pour l'indiquer de manière plus pertinente compte tenu des besoins du patient et des autres modalités thérapeutiques à sa disposition, et dont il connaît les indications (hospitalisation, arrêt de travail, médication, interventions par équipes mobiles, hôpital de jour, interventions sociales etc.). Sa réévaluation en cours de traitement est, pour les mêmes raisons, plus juste.

Dans notre expérience, dans la plupart des situations le patient souffre à plusieurs niveaux, et un trouble psychiatrique (CIM ou DSM) justifie la prise en charge par un médecin (et par l'assurance-maladie). Les situations «simples» où seulement un domaine est touché (professionnel, ou privé, ou social, ou physique) relèvent le plus souvent du développement personnel. Quant à la proportion des psychothérapies dans une consultation, elle n'excède pas 30 à 40% des suivis. Il faut donc être attentif à la définition que les différents partenaires donnent à la notion de "psychothérapie". Ici, il ne s'agit donc pas de psychothérapie au sens où les psychiatres la pratiquent, mais d'un détournement de la définition de cette prestation par les psychologues pour pouvoir facturer leurs prestations directement à la LaMal.

Par conséquent, qui d'autre qu'un psychiatre est à même d'évaluer de la meilleure manière possible le besoin du patient et de prescrire, le cas échéant, une psychothérapie ? L'indication, la prescription et la réévaluation d'une psychothérapie ne peuvent raisonnablement être faites que par un spécialiste. Admettrait-on qu'un généraliste pose l'indication d'une chimiothérapie ?

En outre, l'argument que la psychothérapie permet d'éviter la prescription de médicaments n'est pas pertinent, la supériorité du traitement combiné psychothérapie + médicaments par rapport à la psychothérapie seule ou médicaments seuls a été démontrée. D'ailleurs, les assurances pertes de gains, privées, ne se gênent pas de nous le rappeler régulièrement lors d'arrêts de travail prolongés.

Avec la mise en œuvre de cette ordonnance telle que formulée, l'efficacité du système pourrait au contraire être clairement réduite : par exemple de par la multiplicité des intervenants si le prescripteur déléguant n'est pas un psychiatre.

Concernant le niveau de la réponse à l'urgence ou de la conduite d'une intervention de crise, nous ne voyons pas de quelle manière elles seront améliorées car leur gestion est du ressort du psychiatre et ne se fait pas par la psychothérapie, ni par les psychologues qui ne sont pas formés pour cela.

En conclusion, les besoins de la population en soins psychiques étant largement couverts et assurés actuellement par des spécialistes bien formés, que ce soit pour des suivis psychiatriques ou de psychothérapies, le GPPV ne voit pas dans quelle mesure cette ordonnance améliorerait l'efficacité du système actuel.

Responsabilité :

Rappelons qu'actuellement, dans le modèle de la délégation, le psychologue s'appuie totalement sur le psychiatre, psychiatre qui d'ailleurs pose le diagnostic. La responsabilité de tout ce qui est réalisé par le psychologue (psychothérapie, évolution, suivi, rapports, etc.), est entièrement portée par le psychiatre. Le psychologue n'est en rien responsable en cas de soucis, d'évolution défavorable, de suivi inadéquat, de plainte, de poursuite judiciaire etc.

Et qu'en sera-t-il des questions de responsabilité pour une psychothérapie prescrite par un non-psychiatre, ainsi que pour les rapports aux assureurs ? Quel temps perdu, passé à double pour résoudre ces aspects ?

Et quel contrôle de la formation des psychologues et de l'efficacité des psychothérapies qui leur seront prescrites ?

Economicité:

Le Conseiller Fédéral Berset l'a annoncé lui-même, le surcoût des conséquences de la mise en œuvre de cette ordonnance sera de plus de 100 millions de francs pour la collectivité, ce qui en soit est déjà un aveu de non-économité.

Diverses instances, dont Santé Suisse (53% des assurés) et la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP) évaluent déjà ce surcoût à 1 milliard de francs par année, au minimum. Dans la réalité, les revenus des psychiatres, les plus bas des professions médicales, ont diminué depuis début 2018 de 5% environ, afin de contribuer à faire baisser (ou stabiliser) les coûts de la santé. De plus, les psychiatres sont confrontés au contrôle de la limitation des installations en cabinet privé, ceci afin de réduire la facture sociale. Il est donc surprenant que M. Berset approuve le remboursement par l'assurance maladie de base de plusieurs milliers de psychologues dans ce contexte où les médecins psychiatres sont fortement sollicités à faire des efforts, contrôlés et appelés à participer aux économies à travers des baisses de revenu importantes (imposées).

Dans un paragraphe précédent, nous avons rappelé la spécificité du psychiatre, à la fois médecin et psychothérapeute. De cette double compétence découle un autre argument d'économicité : la prescription de psychothérapies à des psychologues par tout médecin autre que les psychiatres entraînera inmanquablement une multiplication des consultations, que ce soit pour des demandes de conseil avec le psychiatre-spécialiste, ou alors pour des arrêts de travail, pour une réévaluation de prescription d'un psychotrope qui, rappelons le, ne sont pas de la compétence d'un psychologue qui n'y est ni formé ni sensibilisé.

Le modèle de délégation actuellement en vigueur est donc économiquement pertinent. Pour les cas, peu fréquents, où un psychiatre se servirait de cette responsabilité pour en tirer un avantage personnel financier, une adaptation des conditions de cette délégation peut simplement être mise en œuvre.

Dans la perspective de la réforme proposée, qu'en est-il du contrôle du nombre de psychologues pris en charge par l'assurance maladie ? Sera-t-il limité et si oui selon quels critères ? Il y a déjà actuellement une pléthore de psychologues formés par les universités. Et assisterons-nous à une vague de psychologues venus d'Europe ?

Analyse coût -efficacité :

- en vertu de ce qui précède, le coût du nouveau système de prescription sera clairement supérieur pour une efficacité probablement abaissée (ou alors, au mieux, pour une efficacité inchangée), ce qui mène à la conclusion que cette ordonnance n'est pas, dans sa forme proposée, pertinente et ne se justifie en aucune manière ;
- cette mesure déstabilise aussi les bases sur lesquelles la politique de santé mentale suisse est construite, au travers de spécialistes hautement compétents, avec pour risque des problèmes de relève.

Conclusions:

Si le GPPV salue le désir de M. Berset de réformer le système de la délégation en psychothérapie, il ne peut pas soutenir le projet d'ordonnance tel que formulé. Le système de prescription des psychothérapies par tout médecin quelle que soit sa spécialité n'est tout simplement pas acceptable et est totalement illogique et contre-productive.

D'autre part, en vertu de ce qui précède, le changement proposé ne montre aucun bénéfice social pour la population, les besoins en soins psychiques étant actuellement largement couverts, et ne montre aucune amélioration de l'efficacité du système existant. Par contre, il présente des risques (annoncés par M. Berset lui-même !) de surcoûts à charge de la LaMal, et donc à charge, in fine, des assurés que nous sommes tous, ainsi que des risques évidents de baisse de la qualité des prises en charges des patients.

D'autre part, le revenu des psychiatres, déjà corrigé à la baisse récemment, va, dans ce système de mise en concurrence, être à coup sûr victime d'un dumping dans la qualité des prestations.

Notre profession, notre savoir faire et notre expérience en psychiatrie et en psychothérapie, lentement et patiemment acquis, sont mis gravement en danger de la part de politiciens ou d'économistes qui semblent aveuglés par on ne sait quelle chimère, ou ignorants, ou mal informés, mettant en danger un système subtil qui a fait ses preuves, envié, et qui est d'ailleurs classé parmi les premiers systèmes de

santé de la planète et qui, surtout, et c'est le plus important, satisfait une majorité de la population (et des médecins).

Le risque du modèle de prescription tel que celui proposé par M. Berset pourrait bien mener à un clivage psychiatrie - psychothérapie à terme, ce qui est une grande perte en matière de savoir-faire et d'efficacité.

Il s'agit, avec cette ordonnance, d'une mise en concurrence avec un corps de métier dont les compétences ne sont pas comparables, et d'une dévalorisation majeure de notre métier, très spécifique et hautement spécialisé, que nous devons défendre.

Propositions constructives pour le futur :

Nous sommes favorables à un modèle « nuancé » :

- 1) la prescription de la psychothérapie est faite uniquement par les psychiatres-psychothérapeutes, et par aucun autre médecin;
- 2) amélioration des conditions de la délégation des psychothérapies par voie d'ordonnance, visant à encadrer le bénéfice financier du psychiatre-psychothérapeute pratiquant la délégation, et à ne pouvoir déléguer la psychothérapie qu'à des psychologues diplômés.

Risques pour le corps médical dans son entier : RESTONS UNIS !

L'ordonnance de M. Berset de rembourser les prestations des psychologues prescrites par n'importe quel médecin, de dévaloriser par là-même la profession de psychiatre et de ne pas tenir compte de nos spécificités n'est peut-être que le premier pas vers un démantèlement plus général de nos professions médicales et de notre système de santé.

A quand le diagnostic et le traitement du diabète par une infirmière ? A quand la gastroscopie par un technicien spécialisé ? A quand la césarienne par une sage-femme ? Le médecin sera alors relégué au rôle de prescripteur et interviendra au mieux dans les cas d'urgence...

Actuellement, seuls les psychiatres sont concernés dans cette ordonnance, mais nous avons grand intérêt, nous médecins, à rester unis. Cette entrée dans la LaMal de non-médecins menace toute la profession.

Pour le comité du GPPV:
Dr Sylvain JUILLAND
président

From: Dr Séverine Cesalli <drcesalli@gmail.com>
Sent: Donnerstag, 17. Oktober 2019 02:17
To: _BAG-Leistungen-Krankenversicherung; _BAG-GEVER
Cc: SMVS/VSÄG; Pierre Arnold; vsmedecin-cantonal@hin.ch
Subject: Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS; RS 832.112.31)
Attachments: GPSMVs prise de position prescription psychothérapie.pdf; GPSMVs prise de position prescription psychothérapie.docx
Categories: Simon

Monsieur le Conseiller Fédéral Alain Berset,
Mesdames, Messieurs,

Avec nos remerciements pour nous avoir consulté au sujet de la modification des prestations de l'assurance de soins, voici en pièce jointe le document que vous soumet le GPSMVs, groupement des psychiatres du Valais.

Nous nous permettons de mettre en copie le Service du Médecin Cantonal, la SMVs (Société médicale du Valais) et le GMVR (Groupement des Médecins du Valais Romand).

Veuillez recevoir, Monsieur le Conseiller Fédéral, Mesdames, Messieurs, nos plus respectueuses salutations.

Dre Séverine Cesalli
Présidente du Groupement des Psychiatres de la Société Médicale du Valais (GPSMVs)
avenue de la Gare 5
1920 Martigny

027-722 10 29

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 : groupement des psychiatres psychothérapeute de la société médicale du Valais

Abréviation de l'entreprise / organisation : GPSMV

Adresse : av. de la Gare 5, 1920 Martigny

Personne de référence : Dre Cesalli

Téléphone :

Courriel :

Date :

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 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.

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

Abkürzung der Firma / Organisation : GueaP

Adresse : alte Aescherstrasse 23, 8905 Arni AG // Apfelweg 3, 5034 Suhr

Kontaktperson : Esther Amstutz Schneider // Barbara Zimmermann

Telefon : 078 639 32 83 // 079 317 35 92

E-Mail : vernehmlassung.psychotherapie@gmail.com

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 17.10.2019 an folgende E-Mail Adressen:
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 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 |
|------------|---|
| GueaP | <p>Wer wir sind</p> <p>Die Mitglieder unserer spontan für die Einreichung der vorliegenden Vernehmlassung gebildeten Gruppe sind alle entweder Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit eidg. anerkanntem Weiterbildungstitel gemäss PsyG (SR 935.81), oder sind Psychologen und Psychologinnen, die sich noch in Weiterbildung zur Erlangung dieses Weiterbildungstitels befinden. Alle sind damit in ihrer täglichen Arbeit mit den Auswirkungen der aktuellen und natürlich auch der künftigen Rechtslage konfrontiert. Die Mitglieder unserer Gruppe sind auf dem beigelegten Verzeichnis namentlich ersichtlich.</p> |
| GueaP | <p>Unser Bestreben: Ein unabhängiger, rein sachbezogener Vorschlag zur Erreichung der bundesrätlichen Ziele</p> <p>Die vorliegende Stellungnahme haben wir auf der Grundlage unserer täglichen klinisch-therapeutischen Arbeit mit psychisch-kranken Menschen verfasst. Wir wollen unabhängig von politischen oder polit-strategischen Interessen aufzeigen, wie eine effiziente, fach-, sach- und kostengerechte Regelung unserer Ansicht nach auszugestaltet ist, um das vom Bundesrat in seinem Kommentar vom Juni 2019 beschriebene Ziel zu erreichen, nämlich den Zugang zur Psychotherapie zu verbessern. Der Bundesrat beabsichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Angebot an Leistungserbringern der Psychotherapie zu verbreitern - den konkreten Zugang zur Psychotherapie zu vereinfachen, um Wartezeiten zu verringern, kulturelle Hindernisse zu umschiffen und eine Stigmatisierung zu vermeiden - die Versorgung in Notfall- und Krisensituationen durch mehr verfügbare Leistungserbringer zu verbessern. <p>Wir können diese Zielsetzung uneingeschränkt teilen, denn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Wartezeiten für delegierte Psychotherapien sind in unseren Praxen sehr lang, sie betragen häufig mehr als 3 Monate; - unbehandelte psychische Krankheiten können zu eigentlich vermeidbaren Notfallsituationen und in der Folge zu kostspieligen stationären Klinikaufenthalten führen; - die eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind fachlich in der Lage, die Versorgungslücke zu schliessen <p>Die effektiven Aufgaben und die effektive Verantwortung der delegierten Psychotherapeutinnen stimmen heute nicht mit ihrer aktuell gesetzlich vorgegebenen „zudienenden“ Rolle überein. Die Versorgungssituation kann deshalb sehr einfach dadurch verbessert werden, dass die</p> |

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

| | |
|-------|--|
| | <p>Psychotherapeutinnen und -therapeuten zusätzlich zu ihren heutigen effektiven Aufgaben und Verantwortungen in der delegierten Psychotherapie auch die entsprechenden Kompetenzen erhalten und so eigenständig und eigenverantwortlich arbeiten können.</p> <p>Wir sind einverstanden, dass bei der Erweiterung des Zugangs zu den Leistungserbringern der Psychotherapie die Kosten zwingend im Auge behalten werden müssen. Wir plädieren aber dafür, dass die Kostenkontrolle bei den Psychotherapeutinnen und -therapeuten genau gleich geschieht wie bei den übrigen medizinischen Spezialistinnen und Spezialisten.</p> <p>Wir sind überzeugt, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Regelung grundsätzlich vorteilhafter ist als das aktuelle System, in welchem Psychotherapie durch Nicht-Ärztinnen und Nicht-Ärzte nur auf Delegationsbasis oder über Zusatzversicherungen und private Finanzierung möglich ist. Die konkrete Umsetzung, namentlich in der KLV, ist aktuell aber noch zu sehr von unnötigem Misstrauen gegenüber den Psychotherapeutinnen und -therapeuten geprägt und verursacht unserer Auffassung nach einen zu hohen administrativen Aufwand.</p> |
| GueaP | <p>Hintergrund: Das PsyG bietet seit 8 Jahren Gewähr für einen hohen Gesundheitsschutz und hohe Qualitätsstandards in der Psychotherapie, es besteht kein Anlass zu einer weiteren Qualitätskontrolle und -sicherung in KVV und KLV</p> <p>Seit dem 1. Mai 2012 regelt das Psychologieberufegesetz (PsyG), wer sich „Psychologin“ oder „Psychologe“ nennen darf. Es regelt die anerkannten inländischen Hochschulabschlüsse in Psychologie, die Anforderungen an die Weiterbildung, die Voraussetzungen für die Erlangung eines eidgenössischen Weiterbildungstitels, die periodische Akkreditierung der Weiterbildungsgänge, die Anerkennung ausländischer Ausbildungsabschlüsse und Weiterbildungstitel, die Anforderungen an die privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung sowie die Voraussetzungen für die Verwendung geschützter Berufsbezeichnungen und eidgenössischer Weiterbildungstitel. Das PsyG stellt damit umfassend und vollständig die Qualität, Wissenschaftlichkeit und Effektivität der Psychotherapie sicher.</p> <p>Wer eidgenössisch anerkannter Fachpsychologe / -psychologin werden will, hat eine Ausbildung zu absolvieren, welche fach- und tätigkeitsspezifische Aspekte berücksichtigt und auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen im Fachgebiet basiert. Eidg. anerkannte Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendpsychologinnen und -psychologen, klinische sowie Neuro- und Gesundheitspsychologinnen und -psychologen sind kraft Gesetz befähigt, in ihrem Fachgebiet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, Methoden und Techniken einzusetzen; - die berufliche Tätigkeit und ihre Folgewirkungen, namentlich aufgrund angemessener Kenntnisse über die spezifischen Bedingungen, fachlichen Grenzen und methodischen Fehlerquellen systematisch zu reflektieren; - mit Berufskolleginnen und Berufskollegen im In- und Ausland zusammenzuarbeiten sowie interdisziplinär zu kommunizieren und zu kooperieren; |

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

- sich mit der eigenen Tätigkeit im jeweiligen gesellschaftlichen, rechtlichen und ethischen Kontext kritisch auseinanderzusetzen;
- die Problemlagen und die psychische Verfassung ihrer Klientinnen und Klienten und Patientinnen und Patienten richtig einzuschätzen und adäquate Massnahmen anzuwenden oder zu empfehlen;
- bei der Beratung, Begleitung und Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten die Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens einzubeziehen und die rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen;
- mit den zur Verfügung stehenden Mitteln wirtschaftlich umzugehen;
- auch in kritischen Situationen reflektiert und selbstständig zu handeln.

Je nach angestrebtem Fachtitel schreibt das Gesetz eine Weiterbildungsdauer von mindestens 2 und höchstens 6 Jahren vor. Die Weiterbildung zur Erlangung des Titels „Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin“ bzw. „Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut“ dauert unserer Erfahrung nach mindestens 4 Jahre und kostet ca. 50'000 bis 60'000 Fr., die von den angehenden Therapeuten und Therapeutinnen selbst bezahlt werden. Rechnet man den vorherigen Master-Abschluss an einer Hochschule dazu, wendet man bis zur Erlangung des Weiterbildungstitels mindestens 9 Jahre auf.

Die Methodenkompetenz, die Verlaufs- und Erfolgskontrolle sowie der wirtschaftliche Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln gehören somit bereits heute zwingend zu den gesetzlich vorgeschriebenen Kompetenzen, über welche eidg. anerkannte Psychotherapeutinnen und -therapeuten verfügen müssen.

Wir sehen es deshalb nicht als notwendig an, in der KLV oder der KVV zusätzliche Massnahmen einzubauen, welche „der Vermeidung unkontrollierter Mehrkosten“ und „der Förderung der Qualität“ zu dienen haben. Beide Ziele sind bereits heute ausreichend und klar gesetzlich verankert.

Wer eidg. anerkannte Psychotherapeutin / eidg. anerkannter Psychotherapeut ist, ist aufgrund des PsyG gesetzlich verpflichtet, die aktuellen, wissenschaftlichen Erkenntnisse, Methoden und Techniken einzusetzen und mit den zur Verfügung stehenden Mitteln wirtschaftlich umzugehen. Entsprechende Verpflichtungen sind daher weder in der KVV noch in der KLV notwendig und nicht gerechtfertigt.

Sodann gelten für Psychotherapeutinnen und -therapeuten die nachfolgenden Berufspflichten: Sie üben ihren Beruf sorgfältig und gewissenhaft aus; sie halten sich an die Grenzen der Kompetenzen, die sie im Rahmen der Aus- und Weiterbildung erworben haben, sie vertiefen, erweitern und verbessern ihre Kompetenzen durch kontinuierliche Fortbildung und sie wahren die Rechte ihrer Klientinnen und Klienten und Patientinnen und Patienten.

Das PsyG regelt auch die Voraussetzungen für die privatwirtschaftliche Ausübung der Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung. Es schreibt dafür den Besitz eines eidgenössischen oder eines anerkannten ausländischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie vor. Jede

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

| | |
|-------|--|
| | <p>eigenständig Psychotherapie anbietende Person muss vertrauenswürdig sein, er/sie muss physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bieten und eine Landessprache beherrschen. Jeder Kanton kann zur Sicherung einer qualitativ hochstehenden psychotherapeutischen Versorgung weitere Vorgaben erlassen.</p> <p><i>Wir sind der Auffassung, dass für Leistungen, welche von der Grundversicherung übernommen werden sollen, keine zusätzlichen Anforderungen notwendig sind.</i></p> <p>Wenn der Bundesrat zusätzliche Verpflichtungen in dieser Hinsicht statuieren will, so müsste dies unserer Auffassung nach im Rahmen des PsyG resp. dessen Ausführungsbestimmungen passieren. KLV oder KVV sind der falsche Ort.</p> |
| GueaP | <p>Für die Zukunft: „Zuweisungsmodell“ statt „Anordnungsmodell“</p> <p>Wie gezeigt bestehen im PsyG bereits klare und ausreichende Regelungen, um sowohl das Arbeiten nach aktuellen, wissenschaftlichen Methoden, Erkenntnissen und Techniken wie auch die effiziente Mittelverwendung zu gewährleisten.</p> <p>In der Konsequenz erachten wir daher die vorgeschlagene neue, weiterhin untergeordnete Stellung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als selbständig auf ärztliche Anordnung hin sowie auf eigene Rechnung ausübende tätige Leistungserbringer gemäss Art. 46 KVV im Grunde, angesichts unseres hohen Ausbildungsstands und der hohen Berufspflichten, als nicht gerechtfertigt.</p> <p><i>Weil ein Modellwechsel zum „Zuweisungsmodell“ aber nicht auf Verordnungsstufe umsetzbar ist, erachten wir das vorgeschlagene Anordnungsmodell als ersten Schritt in die richtige Richtung.</i></p> |
| GueaP | <p>Aber schon heute: Ein möglichst schlankes und effizientes Modell anstelle von teurer, nicht patientengerechter Bürokratie</p> <p>Im Vertrauen darauf, dass die in Art. 11a E-KLV genannten Fachpersonen das notwendige Grundwissen haben, um über eine Anordnung zur psychologischen Psychotherapie zu entscheiden, erachten wir diesen Ansatz als ein in der Praxis umsetzbares Modell. Es bedeutet aber, dass die Patientinnen und Patienten, wenn sie eine durch die Krankenversicherung zu übernehmende Konsultation bei einem Psychotherapeuten / einer Psychotherapeutin möchten, vorher ihre Hausärztin / ihren Hausarzt aufsuchen müssen und erst danach eine Anmeldung für die Psychotherapie machen können. Dies verzögert den Behandlungsbeginn, aber vielleicht sind bis dann ja wenigstens die Wartelisten kürzer, weil mehr Leistungserbringer tätig sind.</p> <p>Im Grunde genommen könnte, wie eingangs erwähnt, auf die zwingende Anordnung durch einen der in Art. 11a E-KLV genannten Fachärztinnen</p> |

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

| | |
|-------|--|
| | <p>und -ärzte verzichtet werden. Dadurch könnten zusätzliche Kosten für die entsprechende Konsultation beim anordnen Arzt oder der anordnenden Ärztin eingespart werden. Die Psychotherapeutinnen und -therapeuten müssen ihre Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer im PsyG statuierten Verpflichtungen bereits heute darauf abklären, ob oder nicht, und wenn ja, welche therapeutischen Massnahmen angebracht sind. Demgegenüber ist ein nicht in Psychotherapie ausgebildeter Facharzt oder eine Fachärztin weniger in der Lage, eine solche Entscheidung zu treffen. Unserer Erfahrung nach erkennen nicht alle Ärztinnen und Ärzte in gleichem Ausmass, wann eine Psychotherapie angebracht ist, oder umgekehrt, wann sie nicht notwendig ist. Wir kennen Fälle, wo Patientinnen und Patienten zuerst ihren Hausarzt wechseln mussten, weil ihnen dieser nur zu mehr Bewegung riet, obwohl sich Psychotherapie dann als richtig und angebracht erwies.</p> <p>In aller Regel aber wird das Anordnungsmodell in der Praxis funktionieren. Gegenüber dem bundesrätlichen Vorschlag sind aber dennoch die nachfolgenden Korrekturen unseres Erachtens zwingend:</p> <p>1. Verzicht auf einen Bericht zu Handen der anordnenden Ärztin / dem anordnenden Arzt nach 15 resp. 10 Sitzungen</p> <p>Nicht nachvollziehbar und sogar unverständlich ist die Auflage, wonach die professionelle Arbeit der Psychotherapeutinnen und -therapeuten durch in diesem Fachbereich weniger qualifizierte Personen überwacht und letztlich bewertet werden soll. Die in Art. 11a E-KLV genannten Fachärztinnen und -ärzte können (und müssen auch nicht) bewerten können, ob die Arbeit der Psychotherapeutinnen und -therapeuten richtig und effektiv ist. Die so beauftragten Fachpersonen wären überfordert, die Psychotherapeutinnen und -therapeuten hingegen nicht fachgerecht eingeschätzt. Für diese Kontrollmassnahme besteht keine Veranlassung und sie generiert nur unnötige Kosten.</p> <p>2. Direkter Bericht der Psychotherapeutinnen und -therapeuten an die Vertrauensärztinnen und -ärzte der Leistungsträger nach Ablauf der ersten Behandlungsdauer</p> <p>Nicht verständlich ist, warum die genannten Fachärztinnen und -ärzte den Bericht zu Handen der Vertrauensärztinnen und -ärzte erfassen sollten. Es gilt das oben Gesagte: Diese Personen sind zu wenig dazu qualifiziert, einen Verlaufsbericht über eine Psychotherapie verfassen oder adäquat beurteilen zu können. Sie müssen das auch nicht sein. Demgegenüber ist es bereits heute Usus, dass die delegiert arbeitenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten diesen Bericht verfassen. Der delegierende Psychiater / die delegierende Psychiaterin unterzeichnet diesen üblicherweise nur noch. Auch in diesem Punkt darf, kann und soll man den PsychotherapeutInnen die Kompetenz und Verantwortung für ihre Aufgaben zuerkennen. Eine Qualitätseinbusse muss in keiner Art und Weise befürchtet werden.</p> |
| GueaP | <p>Und zuletzt: Die Patientenbedürfnisse ändern nicht, wenn man das Gesetz ändert</p> <p>Die Verkürzung der maximalen Anzahl Sitzungen von 40 auf nur noch 30 Sitzungen ist unverständlich. Die vom Bundesrat anvisierte und von uns sehr begrüßte Vereinfachung des Zugangs zur Psychotherapie kann doch keinen Einfluss auf die notwendige Anzahl an Therapiesitzungen haben.</p> |

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

| | |
|--|--|
| | <p>Wie bereits gezeigt ist die Qualität und Effektivität der von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen und -therapeuten durchgeführten Therapien aufgrund der Anforderungen im PsyG und MedBG sichergestellt. Sie hängt nicht davon ab, wie viele Leistungserbringer diese durchführen.</p> <p>Die vorgeschlagene Verkürzung um 10 Therapiestunden wird unseres Erachtens bloss unnötigen Aufwand und unnötige Kosten generieren, die Therapie aber nicht effektiv verkürzen. Der Bundesrat hält selbst fest, dass fast 50% der Therapien länger als 30 Sitzungen dauern. Und immerhin mehr als 50% der Therapien enden nach 29 Sitzungen, obwohl derzeit die maximale Anzahl Sitzungen bei 40 liegt.</p> <p>Dies zeigt, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten selbst einschätzen können, wann eine Therapie zu beenden ist. In der Folge könnte man sogar so weit gehen, keine maximale Anzahl Sitzungen vorzuschreiben.</p> <p><i>Wir sehen keine Notwendigkeit, die gültige Regelung zu verändern.</i></p> |
|--|--|

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| GueaP | 46 | | g | Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten gelten damit als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen. Wir sind mit dieser Konzeption einverstanden, um eine Änderung von Art. 25 KVG zu vermeiden. | Keinen. |
| GueaP | 50c | | | <p>Wir sind inhaltlich mit dem Wortlaut einverstanden, obwohl mit der in lit. c von Abs. 1 geforderten klinischen Erfahrung von 12 Monaten die Ausbildungsdauer bis zur Anerkennung als Leistungserbringer nochmals verlängert wird. Zu den mindestens 9 Jahren bis zum Erhalt des eidg. Weiterbildungstitels kommt nun ein weiteres Jahr hinzu. Die Ausbildung wird also rund 10 Jahre dauern.</p> <p>Wir verstehen lit. c sodann so, dass die Durchführung von delegierten Psychotherapien als klinische Erfahrung gilt.</p> <p>Die lange Ausbildungszeit und die dabei gewonnene hohe Praxiserfahrung rechtfertigen umso mehr, die Psychotherapeutinnen und -therapeuten selbständig arbeiten zu lassen. Es besteht kein Grund für irgendein Misstrauen ihnen gegenüber.</p> <p>Nicht vollends klar ist uns, in welchen Institutionen die für die Erlangung des Weiterbildungstitels notwendigen Arbeitsjahre klinischer Erfahrung zukünftig geleistet werden können, wenn</p> | Keinen. |

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

| | | | | | |
|-------|--------------------------|--|--|---|--|
| | | | | <p>die delegierte Psychotherapie nicht mehr zur Verfügung stehen wird. Hier gilt es sicherzustellen, dass genügend Ausbildungsplätze zur Verfügung stehen, um Engpässe in der Ausbildung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu vermeiden.</p> <p>Eine Lösung, und ein aus unserer Sicht guter Vorschlag dafür, könnten sein, die Anstellung von Auszubildenden bei anerkannten Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu ermöglichen.</p> | |
| GueaP | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| GueaP | Übergangs- bestimmung | | | Diese Regelung erscheint uns sachgerecht und fair. | |

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 |
| GueaP | Art. 2 Abs. 1 lit. a | Keine Bemerkungen. | |
| GueaP | Art. 2 Abs. 1 lit. b | <p>Qualitätskontrolle und -sicherung gehören bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten genauso wie bei Ärztinnen und Ärzten zu den Grundaufgaben. Sie muss daher auch bei der psychologischen Psychotherapie nicht ausdrücklich vorgegeben werden und würde in der Praxis zu Umsetzungsproblemen führen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wer genau soll die Diagnostik-Instrumente vorgeben? - Wann gelten sie als validiert? - Wie lässt sich der Datenschutz gewährleisten? - Wie lässt sich der Aufwand (und wie die Kosten) dafür sinnvoll begrenzen? <p>Wir schlagen zur Vereinfachung vor, lit. b von Abs. 1 zu streichen.</p> | <i>b. streichen</i> |
| GueaP | Art. 3 | <p>Wie bereits auf S. 8 vorne in den Allgemeinen Bemerkungen ausgeführt, kann eine Änderung des Gesetzes keinen Einfluss auf die notwendige Länge der Therapiestundenzahl bzw. -dauer haben.</p> <p>Wir schlagen daher vor, entweder bei der bisherigen Regelung zu bleiben oder gar, den Verzicht auf die maximale Therapiedauer zu überlegen.</p> <p>Die Vorgabe, die Fortsetzung nach neu bereits 30 Stunden überprüfen zu lassen, wird zu sinnlosen, die Heilung verzögernden</p> | <i>Die Versicherung übernimmt die Kosten für <u>vorerst 40</u> Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer bis zu <u>90 Minuten</u>. Art 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**

| | | | |
|-------|------------------------------|--|--|
| | | <p>Therapieunterbrüchen führen.</p> <p>Wir behandeln sehr viele komplexe, schwere Fälle, deren Therapien aus unserer Praxiserfahrung 80 Sitzungen oder länger dauern können. Dank solchen ambulanten Langzeittherapien können jedoch sehr kostspielige Aufenthalte der betroffenen Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen verhindert werden.</p> | |
| GueaP | Art. 3b | <p>Die heute gültige Fassung soll unverändert weiterhin Geltung haben. Eine Überprüfung soll also erst nach 40 Therapiesitzungen, die weiterhin bis max. 90 Min. dauern können, erfolgen.</p> | |
| GueaP | Art. 11b Abs. 1 lit. a | <p>Wir verweisen auf unsere generellen Ausführungen zum Anordnungsmodell auf S. 7/8 vorne und zu Art. 46 KVV.</p> | Keinen. |
| GueaP | Art. 11b Abs. 1 Lit. b | <p>Wir verweisen auf unsere generellen Ausführungen zum Anordnungsmodell auf S. 7/8 vorne und zu Art. 46 KVV.</p> | Keinen. |
| GueaP | Art. 11b Abs. 2 - 5 | <p>Da die Absätze 2 – 5 in einem engen sachlichen Zusammenhang stehen, gehen wir an dieser Stelle gesamthaft auf sie ein.</p> <p>Wie bereits auf S. 8 vorne in den Allgemeinen Bemerkungen sowie oben zu Art. 3 ausgeführt, kann eine Änderung des Gesetzes keinen Einfluss auf die notwendige Länge der Therapien haben.</p> <p>Wir schlagen daher vor, entweder bei der bisherigen Regelung von 40 Therapiesitzungen zu bleiben oder gar, den Verzicht auf die Festlegung der maximalen Therapiedauer zu überlegen.</p> <p>Die Vorgabe, die Fortsetzung nach neu bereits 30 Stunden überprüfen</p> | <p><i>Abs. 2: <u>Die Versicherung übernimmt die Kosten für vorerst 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer bis zu 90 Minuten. Art 3b bleibt vorbehalten und findet sinngemäss Anwendung.</u></i></p> <p><i>Abs. 3: Ersatzlos streichen</i></p> <p><i>Abs. 4: Ersatzlos streichen.</i></p> <p><i>Abs. 5 (wird neu zu Abs. 3): <u>Der Bericht wird durch die behandelnde psychologische Psychotherapeutin oder den behandelnden psychologischen Psychotherapeuten</u></i></p> |

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

| | | | |
|--|--|---|--------------------------|
| | | <p>zu lassen, wird zu sinnlosen, die Heilung verzögernden Therapieunterbrüchen führen.</p> <p>Bei der Behandlung von komplexen und schweren Fällen kann eine Therapie aus unserer Praxiserfahrung manchmal mehrere Jahre dauern. Gerade diese Patientinnen und Patienten brauchen die wöchentliche ambulante Therapiestunde, um ihren Alltag zu bewältigen. Klinikaufenthalte können so oft verhindert werden. Es ist zu befürchten, dass diese chronisch kranken Menschen vermehrt Mühe hätten, einen Therapieplatz zu finden, wenn auch für sie jeweils nach 15, bzw. 30 Sitzungen bereits wieder ein Bericht verfasst werden müsste.</p> <p>Warum bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten anders als bei den Ärztinnen und Ärzten sodann nach 15 Therapiesitzungen ein weiterer Bericht an den – in Psychotherapie fachlich nicht spezialisierten – anordnenden Arzt / Ärztin vorgesehen ist, können wir nicht nachvollziehen. Wir verstehen es aber als ganz explizites Misstrauensvotum gegen die Arbeit der Psychotherapeutinnen und -therapeuten.</p> <p>Dasselbe gilt gegenüber dem Vorschlag, dass der Bericht für den Leistungsträger von der anordnenden Ärztin / dem anordnenden Arzt verfasst werden soll, obwohl diesen die nötige fachspezifische Qualifikation dazu fehlt.</p> <p>Wie unsinnig diese Konzeption ist, kann vielleicht ein Perspektivenwechsel verdeutlichen: Was würde wohl ein Kardiologe, eine Kardiologin denken, wenn er/sie zunächst den Hausarzt, die Hausärztin darüber informieren müsste, wie er/sie die Herzprobleme einer Patientin behandeln wird? Und die Hausärztin oder der Hausarzt müsste dann beim Leistungserbringer die Kostengutsprache beantragen?</p> <p>Eine solche Lösung würde zudem einen viel zu hohen administrativen</p> | <p><u>erstattet.</u></p> |
|--|--|---|--------------------------|

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | Aufwand generieren, ohne dass der Patient, die Patientin davon etwas hat. Im Gegenteil, er oder sie müsste bereits nach 15 oder gar 10 Sitzungen mit einem Therapieunterbruch rechnen. Gerade in dieser Therapiephase geht es um die Festigung der therapeutischen Beziehung – gemäss Psychotherapieforschung dem wichtigsten Faktor für den Erfolg einer Psychotherapie! – und dafür braucht es Kontinuität und Verbindlichkeit. | |
|--|--|---|--|

Gruppe unabhängiger, eidg. anerkannter Psychotherapeutinnen und -therapeuten („GueaP“)

Mitgliederverzeichnis, Stand 14.10.2019

| Vorname | Name | Titel | Adresse | PLZ Ort |
|----------|-------------------|--|------------------------|---|
| Esther | Amstutz Schneider | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | alte Aescherstrasse 23 | 8905 Arni AG eamstutz@bluemail.ch |
| Barbara | Zimmermann | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Apfelweg 3 | 5034 Suhr b.zim@ziksuhr.ch |
| Rahel | Rodenkirch | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Rheinhof 7 | 8200 Schaffhausen rahel.rodenkirch@fsp-hin.ch |
| Kathrin | Eymann | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Spitalgasse 38 | 3011 Bern kathrin.eymann@gmail.com |
| Melanie | Szabo | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Sulgenauweg 20 | 3007 Bern |
| Johannes | Wüst | Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut | Sulgenauweg 20 | 3007 Bern johannes.wuest@hin.ch |
| Gabriela | Heer | Psychotherapeutin in Ausbildung | Meisenweg 25 | 3014 Bern gabriela.heer@psychologie.ch |
| Marianne | Keller | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Gerhardstrasse 6 | 8003 Zürich makeller@hin.ch |
| Claudia | Moesch Lutz | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Badenerstrasse 67 | 8004 Zürich c.moesch@hin.ch |

| | | | | |
|-----------|------------------|---|-----------------------|---|
| Patrick | Hug | Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut | Seminarstrasse 6 | 9200 Gossau pm.hug@bluewin.ch |
| Doris | Kürsteiner | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Schulstrasse 31 | 8050 Zürich doriskuersteiner@gmail.com |
| Maja | Hunziker | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Laurenzenvorstadt 11 | 5000 Aarau maja.hunziker@bluewin.ch |
| Klaus | Käppeli-Valaulta | Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut | St. Leonhardstrasse 4 | 9000 St.Gallen klaus.kaeppli@bluewin.ch |
| Natalie | Dubach | Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeutin | Berneggstrasse 11 | 9000 St.Gallen n.dubach@gmx.ch |
| Remy | Klaus | lic. phil. Psychotherapeut VOPT | Engelgasse 5 | 9000 St. Gallen remy_klaus@bluewin.ch |
| Marina | Christen | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Kalkbreitestrasse 6 | 8003 Zürich marina.christen@outlook.com |
| Lucrezia | Berther | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Via Santeri 12 | 7130 Illanz l.berther@kns.ch |
| Anita | Hardegger | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Rietweiherweg 10A | 8500 Frauenfeld anita.hardegger@bluewin.ch |
| Alexander | Koch | Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut | Webergasse 9 | 9000 St. Gallen koch@free.mhs.ch |
| Simone | Egli | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Riedgrabenweg 54 | 8050 Zürich simone.egli@gmail.com |
| Susi | Rigassi | Psychotherapeutin in Ausbildung | Schützengraben 38 | 4051 Basel susi.rigassi@gmail.com |

| | | | | |
|------------|---------------|--|---------------------------|---|
| Christiane | Wuddel | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Praxis Nationalstrasse 17 | 8280 Kreuzlingen christiane_wuddel@web.de |
| Rena | Bucher | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Widlisbachstrasse 2 | 4522 Rüttenen rena.bucher@bluewin.ch |
| Margrit | Koemeda | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Fruthwilerstasse 70 | 8272 Ermatingen koemeda@bluewin.ch |
| Sabina | Kunz | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Engelgasse 5 | 9000 St. Gallen sabina.kunz@bluewin.ch |
| Stefanie | Krattenmacher | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Am Schützenweiher 26 | 8400 Winterthur stefanie.krattenmacher@gmx.net |
| Catrina | Trippel | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Vogelsangstrasse 52 | 8006 Zürich ctrippel@hin.ch |
| Monika | Ambauen | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Brunastrasse 61 | 8002 Zürich monika.ambauen@bluewin.ch |
| Céline | Voit | Psychologin M.Sc. | Maneggplatz 18 | 8041 Zürich celine.voit@gmail.com |
| Brunhilde | Edelmann | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Tobel 100 | 9405 Wienacht-Tobel b.edelmann@bluewin.ch |
| Andreas | Spohn | Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut | Rämistrasse 5 | 8001 Zürich a.spohn@vonderseelereden.de |
| Christian | Moser | Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut | Brauerstrasse 45 | 9016 St. Gallen christian.moser@bluewin.ch |
| Lara | Ferrari | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Sternengässchen 1 | 3011 Bern lara.ferraripedruzzi@gmail.com |

| | | | | |
|---------|--------------|---|-----------------------|--|
| Nina | Ingold | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Welchogasse 4 | 8050 Zürich nina.ingold@fsp-hin.ch |
| Andreas | Wöhrle | lic. phil. | Schmiedegasse 16 | 9000 St. Gallen info@andreaswoehrle.ch |
| Olivia | Maldet | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Marchwartstrasse 34 | 8038 Zürich omaldet@ganglion.ch |
| Britta | Went | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | | 8006 Zürich britta.went@gmx.ch |
| Verena | Niederberger | lic. phil. Psychologin | Thesenacherstrasse 48 | 8126 Zumikon |
| Rahel | Bucher | Psychologin Msc | Heinrichstrasse 223 | 8005 Zürich |
| Meike | Kummer | Psychologin Msc | Letzigraben 145 | 8047 Zürich |
| Priska | Greminger | Psychologin Msc | Vorstadtstrasse 46 | 8953 Dietikon |
| Florine | Salzgeber | Psychologin, M. Sc. | Stampfenbachstr. 61 | 8006 Zürich florine.salzgeber@posteo.de |
| Barbara | Hauser | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Säntisstrasse 9 | 8200 Schaffhausen praxis.hauser@hin.ch |
| Maria | Auciello | Psychologin Msc | Hofwiesenstrasse 114 | 8057 Zürich maria_auciello@hotmail.com |
| Katrin | Dingeldein | Diplompsychologin | Zürcherstrasse 60 | 5432 Neuenhof katrin.dingeldein@gmx.de |
| Carina | Büttiker | Fachpsychologin für Kinder- und Jugendpsychologie FSP | Breitengässli 8b | 2545 Selzach carina.buettiker2015@gmail.com |
| Regula | Meile | Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin | Zurzacherstrasse 24b | 5200 Brugg regula.meiler@ji.zh.ch |

Mesdames, Messieurs,

Au nom du Groupement vaudois des psychiatres et psychothérapeutes d'enfants et d'adolescents (GVPPEA), nous vous transmettons notre prise de position concernant la modification des ordonnances OAMal et OPAS relatives à la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'AOS.

Notre groupement est vivement intéressé à participer à la Commission qui mettra en œuvre cette nouvelle réglementation.

En vous remerciant de l'attention portée à ce message, veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, nos respectueuses salutations.

Lausanne, le 7 octobre 2019

Dr Marc-Antoine Antille, co-président du GVPPEA, c/o Dr M.-A. Antille, rue de Bourg 30, 1003 Lausanne, tél. 021/320 21 27, antillema@gmail.com

Dre Anne-Laure Sculier, co-présidente du GVPPEA, drsculier@msn.com

Modification des ordonnances OAMal et OPAS concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'AOS

ARGUMENTAIRE et EXPLICATIONS

Conséquences pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques
Conséquences pour les psychiatres d'enfants et d'adolescents

A. Conséquences des modifications des art. 2 et 3 OPAS pour la psychothérapie médicale

I. MODIFICATION DES CONDITIONS DE LA PSYCHOTHERAPIE MEDICALE SELON LES ART. 2 ET 3 OPAS SANS AUCUNE CONCERTATION AVEC LA FMPP

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 d'enfants et d'adolescents, n'aient été demandé.

***EXIGENCE :** Les psychiatres d'enfant et d'adolescents exigent d'être impérativement pris en compte dans l'élaboration de la nouvelle OPAS, en ce qui concerne la psychothérapie médicale.*

II. IMPACT DE L'ART. 2, ALINÉA 1a ET 1b

Texte OPAS :

1a. l'efficacité de la méthode appliquée est scientifiquement prouvée ;

*1b. elle comprend un **diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final***

Le texte de l'alinéa 1b en français est incomplet. La traduction du texte allemand est :

*elle comprend un **diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final au moyen d'instruments validés.***

Il se pose ici les questions déterminantes suivantes, auxquelles aucune réponse n'est apportée :

Nécessité des instruments de mesure en psychothérapie ?

L'introduction de tels instruments de « diagnostic » est inutile pour les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents.

Les psychiatres d'enfants et d'adolescents posent en première ligne un diagnostic sur la base de leur évaluation clinique, et pas au moyen d'instruments de diagnostic préliminaire, intermédiaire et final. Cas échéant, en fonction des tableaux cliniques, des échelles d'analyse ou des tests peuvent être indiqués pour compléter l'évaluation. Cela relève de la liberté d'appréciation des médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents.

Le choix d'instruments d'évaluation est significatif de la préférence pour un certain type de méthodes thérapeutiques. Pour d'autres psychothérapies, efficaces et scientifiquement reconnues, imposer l'usage de questionnaires constitue une forme d'intrusion dans le processus thérapeutique. Les tests ne sont par exemple pas adéquats pour poser un diagnostic intermédiaire et final en psychothérapie psychanalytique.

En introduisant de tels tests, la Confédération s'immisce de façon inadmissible dans les traitements. En effet, la nouvelle formulation de l'ordonnance accorde sa préférence 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.

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 résultats d'une telle collecte exhaustive doivent être utilisés à des fins d'assurance qualité. Les cabinets individuels 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 procéder dès le début de la thérapie à une sélection des patients susceptibles d'évoluer favorablement. Le cas échéant, les personnes présentant des troubles psychiques graves ou chroniques trouveront difficilement un 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.

Et 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 ? Finalement, le psychologue ne déciderait-il pas seul de la poursuite de la psychothérapie ?

EXIGENCE : La SSPPEA demande que le point 1b soit supprimé pour la psychothérapie effectuée par un médecin.

III. DEMANDES DE GARANTIES DE PRISE EN CHARGE DES COÛTS DÉJÀ APRÈS 30 SÉANCES ET RÉDUCTION DE LA DURÉE MAXIMALE DES SÉANCES À 60 MINUTES !

Texte OPAS :

Art. 3 Prise en charge

L'assurance prend en charge les coûts pour 30 séances diagnostiques et thérapeutiques au plus, d'une durée maximale de 60 minutes pour les thérapies individuelles et de 90 minutes pour les thérapies de groupe.

L'article 3b est réservé.

1. Les demandes de garantie de prise en charge des coûts doivent maintenant être soumises avant la 30^e séance déjà, alors que jusqu'à présent, cela intervenait avant la 40^e séance.

La décision d'écourter la psychothérapie médicale à 30 séances n'est pas étayée scientifiquement et n'est donc pas compréhensible. Si des tiers s'immiscent trop tôt et de manière répétée dans une psychothérapie, cela nuit au traitement.

De plus, la réduction des intervalles pour demander une prolongation (actuellement après 40 séances et désormais après 30 séances) s'accompagnera d'une augmentation disproportionnée du travail administratif.

EXIGENCE : Maintien de 40 séances jusqu'à la première demande de garantie de prise en charge des coûts pour la psychothérapie médicale !

2. Réduction de la durée maximale de la séance de 75 à 60 minutes

Une séance ne dure pas automatiquement 60 minutes. Si la durée est réduite, 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.

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 acte médical.

EXIGENCE : Pas de réduction de la durée maximale de la séance de 75 à 60 minutes pour la psychothérapie effectuée par un médecin !

B. Questions relatives au nouveau modèle de prescription : conséquences possibles pour les patients, ainsi que pour la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique

I. NOMBRE DE PRESCRIPTIONS PAR CAS DE MALADIE

Combien de prescriptions consécutives un médecin peut-il établir pour un même patient ? Trois prescriptions correspondraient à 45 séances, soit une durée de traitement d'environ un an ? En cas de nécessité, le médecin serait-il disposé à établir dix prescriptions, voire plus, pour le même patient, par exemple en cas de troubles graves et chroniques ?

Contrôle de l'économicité : Quelles conséquences le médecin prescripteur encourt-il s'il prescrit nettement plus de psychothérapies que ses collègues, autrement dit s'il occasionne plus de coûts ?

Instruments validés pour poser le diagnostic intermédiaire et final : Le médecin prescrira-t-il obligatoirement une nouvelle thérapie si le psychologue établit sur la base d'un test psychologique que la poursuite de la psychothérapie est indiquée ? Cela pourrait entraîner des prolongations inutiles de la psychothérapie et donc une multiplication des prestations. Le rôle du médecin prescripteur deviendrait insignifiant.

II. EFFETS DU MODÈLE DE LA PRESCRIPTION POUR LA PSYCHOLOGIE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

A partir des commentaires qui précèdent, plusieurs scénarios d'avenir sont envisageables :

Les patients atteints de troubles graves ne trouvent plus de place chez un thérapeute.

Comme de nombreux psychologues-psychothérapeutes ne disposent ni de l'expérience clinique nécessaire, ni des compétences pour dispenser des thérapies de qualité aux patients présentant des troubles graves, le risque est grand de voir ces patients ne pas trouver de place chez un psychologue-psychothérapeute. A eux seuls, les psychiatres d'enfants et d'adolescents ne pourront couvrir les besoins et se charger de toute la prise en charge nécessaire. L'élargissement de l'offre thérapeutique se limiterait alors aux patients souffrant de troubles psychiques légers et pourrait entraîner une multiplication des prestations inutiles.

Soins à deux vitesses : augmentation des thérapies payées de la poche du patient !

Les patients qui en ont les moyens prendront en charge eux-mêmes la poursuite nécessaire de leur psychothérapie pratiquée par un psychologue et ceux qui n'en n'ont pas les moyens seront pénalisés ou tenteront de consulter un psychiatre d'enfants et d'adolescents.

III. QUI DOIT PRESCRIRE ?

Que signifie la proposition de prescription par des médecins spécialistes en médecine interne générale, en pédiatrie, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie des enfants et des adolescents ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale de l'Académie suisse de médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP) en termes de qualité et de qualification ?

Selon une enquête récente réalisée auprès des membres de la FMPP en juillet et août 2019, 75 % des personnes sondées sont d'avis que seuls des médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pour enfants ainsi que les médecins titulaires d'une attestation de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale doivent pouvoir établir des prescriptions. Au moins 48 % des membres interrogés se disent prêts à établir les prescriptions dans leur cabinet ; de plus, 27 % d'entre eux sont disposés à le faire sous certaines conditions.

***EXIGENCE :** La SSPPEA exige que seuls les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que les médecins titulaires d'un certificat de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale (ASMP) puissent établir des prescriptions. Un bon diagnostic différentiel pédopsychiatrique 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 en psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ainsi que l'expérience quotidienne de la pratique médicale, en contact avec des patient 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 concernant le contexte familial, scolaire, professionnel, etc.*

***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 ».*

IV. CONDITIONS D'ADMISSION DES 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.

Plus particulièrement, les psychologues-psychothérapeutes n'ont quasiment aucune expérience de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques en situations 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), sans amélioration correspondante de la prise en charge dans les domaines où une pénurie avait été constatée (personnes présentant des troubles graves avec plusieurs épisodes, addiction, situations de crise, environnement de développement chargé).

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, les rapports de l'AI ou autres. 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 inefficace et inefficace pour atteindre les objectifs fixés par le Conseil fédéral. 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 en dehors des villes et des agglomérations) générera une offre excessive si les admissions des psychologues à pratiquer ne sont pas soumises à une limitation ou à un contrôle (-> mauvaise affectation de l'argent des caisses- maladie). On créera ainsi une 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.

Du fait de l'absence de contrôle des admissions et des faibles exigences en matière de formation postgraduée clinique, les institutions psychiatriques perdront de nombreux psychologues qui s'installeront dans leur propre cabinet 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, la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques légers augmentera de manière exponentielle.

EXIGENCE : *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 deux ans dans les institutions psychiatriques. De plus, dans le projet d'ordonnance actuel, nous soutenons l'exigence d'une expérience clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre fédéral. Nous sommes d'avis que cette expérience devrait impérativement être acquise dans un établissement reconnu par l'ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) de la catégorie A, qui traite par définition un large spectre de pathologies chez un nombre minimal suffisant de patients.*

EXIGENCE : *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 (numerus clausus, gestion des admissions à pratiquer au compte de l'AOS).*

EXIGENCE : *Nous sommes favorables 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.*

V. Autres remarques

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.*

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.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

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

Ort, Datum Bern, 17. Oktober 2019
Ansprechpartner Conrad Engler

Direktwahl 031 335 11 50
E-Mail conrad.engler@hplus.ch

**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);
Stellungnahme H+**

Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für die Einladung zur Vernehmlassung zur 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) vom 26. Juni 2019. H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 218 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 369 Standorten sowie über 160 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen. Wir vertreten über 200'000 Arbeitsverhältnisse. Unsere Antwort beruht auf einer Mitgliederumfrage.

H+ unterstützt den Wechsel vom Delegationsprinzip bei der psychologischen Psychotherapie zu einem noch in verschiedener Hinsicht zu verbessernden Anordnungsmodell, lehnt aber das vorgeschlagene Vorgehen mit den Anpassungen der KVV und KLV ab. Die Änderungen dürfen nicht isoliert umgesetzt werden, sondern müssen unbedingt eingebettet sein in ein zukunftsweisendes und auf die tatsächlichen Bedürfnisse ausgestaltetes System mit integrierten Behandlungsnetzen zur Sicherstellung und Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, insbesondere in Krisen- und Notfallsituationen.

In unserer Vernehmlassung zeigen wir die Mängel der Verordnungsentwürfe auf und fordern die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat. Es muss sichergestellt werden, dass die Behandlungsqualität gewährleistet ist und die Abgeltung sachgerecht geregelt wird. Zur Sicherstellung der Qualität der psychiatrischen Versorgung und zur Vermeidung von unkontrollierbaren Mengenausweitungen lehnt H+ eine generelle Ausweitung der Anordnungsberechtigung auf alle ärztlichen Grundversorger ab, genau gleich wie die im Vergleich zur heutigen Regelung weitreichenden zusätzlichen Limitationen, welche eine medizinisch korrekte und sachgerechte Versorgung gefährden. Die Tarifierung muss für eine Übergangszeit über anzupassende entsprechende Tarifpositionen im TARMED sichergestellt werden, bis eine neue Tarifstruktur und ein neuer sachgerechter und

betriebswirtschaftlich korrekter Tarif für psychologische Psychotherapie von den Tarifpartnern geschaffen und vereinbart sowie vom Bundesrat genehmigt ist.

Gerne bringen wir unsere Vorstellungen und Konzepte in die Überarbeitung der Verordnungen ein und unterstützen das BAG bei der Einbettung der Anpassungen in ein koordiniertes Anordnungsmodell für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung.

Die Allgemeinen Bemerkungen und Vorbehalte sowie die Detailbemerkungen und -vorbehalte entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Antwortformular.

Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen für ergänzende Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Bütikofer', followed by a series of horizontal strokes.

Anne Bütikofer
Direktorin

Beilage:

- Offizielles Antwortformular mit Detailbemerkungen von H+

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : H+ Die Spitäler der Schweiz, H+ Les Hôpitaux de Suisse, H+ Gli Ospedali Svizzeri

Abkürzung der Firma / Organisation : H+

Adresse : Geschäftsstelle, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern

Kontaktperson : Conrad Engler, Leiter Geschäftsbereich Politik

Telefon : 031 335 11 50

E-Mail : conrad.engler@hplus.ch

Datum : Bereinigter Vorschlag vom 10. Oktober 2019 für Konsultation H+

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 |
| H+ | <p>1. Zusammenfassung</p> <p>H+ unterstützt den Wechsel vom Delegationsprinzip bei der psychologischen Psychotherapie zu einem noch in verschiedener Hinsicht zu verbessernden Anordnungsmodell, lehnt aber das vorgeschlagene Vorgehen mit den Anpassungen der KVV und KLV ab. Die Änderungen dürfen nicht isoliert umgesetzt werden, sondern müssen unbedingt eingebettet sein in ein zukunftsweisendes und auf die tatsächlichen Bedürfnisse ausgestaltetes System mit integrierten Behandlungsnetzen zur Sicherstellung und Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, insbesondere in Krisen- und Notfallsituationen.</p> <p>In unserer Vernehmlassung zeigen wir die Mängel der Verordnungsentwürfe auf und fordern die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat. Es muss sichergestellt werden, dass die Behandlungsqualität gewährleistet ist und die Abgeltung sachgerecht geregelt wird. Zur Sicherstellung der Qualität der psychiatrischen Versorgung und zur Vermeidung von unkontrollierbaren Mengenausweitungen lehnt H+ eine generelle Ausweitung der Anordnungsberechtigung auf alle ärztlichen Grundversorger ab, genau gleich wie die im Vergleich zur heutigen Regelung weitreichenden zusätzlichen Limitationen, welche eine medizinisch korrekte und sachgerechte Versorgung gefährden. Die Tarifierung muss für eine Übergangszeit über anzupassende entsprechende Tarifpositionen im TARMED sichergestellt werden, bis eine neue Tarifstruktur und ein neuer sachgerechter und betriebswirtschaftlich korrekter Tarif für psychologische Psychotherapie von den Tarifpartnern geschaffen und vereinbart sowie vom Bundesrat genehmigt ist.</p> <p>Gerne bringen wir unsere Vorstellungen und Konzepte in die Überarbeitung der Verordnungen ein und unterstützen das BAG bei der Einbettung der Anpassungen in ein koordiniertes Anordnungsmodell für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung.</p> |
| H+ | <p>2. Mängel und Verbesserungsvorschläge</p> <p>Die vorgesehene Regelung der KVV und der KLV beinhaltet folgende Mängel, die korrigiert werden müssen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. |

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

- 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. 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 Facharztstitel 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 fachliche Begleitung 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.

Notwendige Anpassungen

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 und der vorauszusetzenden klinischen Erfahrung 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 erforderlichen klinischen Erfahrung ist entsprechend zu erhöhen.
- 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 mit einem Fähigkeitsausweis gemäss SIWF «Delegierte Psychotherapie» (FMPP) im Sinne einer psychotherapeutischen Kurzintervention bis zehn Therapiesitzungen bei einem psychologischen Psychotherapeuten anordnen können.
- 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

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

| | |
|----|--|
| | <p>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.</p> <p>– Ebenso soll im Interesse der Qualitätssicherung (Vermeidung von Fehldiagnosen, Fehlindikationen und Fehlversorgungen) bei Weiterbestehen des psychischen Problems nach zehn Therapiesitzungen, welche durch einen Arzt oder Ärztin mit einem Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin, alle zusätzlich mit einem Fähigkeitsausweis Delegierte Psychotherapie (FMPP), angeordnet waren, die Anordnung von weiteren Therapiesitzungen durch einen Arzt oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie oder in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen.</p> |
| H+ | <p>3. Finanzielle Verschiebungen und Mengenausweitung</p> <p>In der vorliegenden Ausgestaltung würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die seitens des Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell würde zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherungen und die Prämienzahlenden führen, bei der Einführung von EFAS auch für die Kantone. Deshalb würde die vorgeschlagenen Anpassungen ihr Ziel der Versorgungsverbesserung verfehlen.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten gemäss dem Grundsatz wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leitungen (WZW) reformieren, sind folgende drei Massnahmen vordringlich, die grundlegende Reformen bedingen und deshalb nicht alleine mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden können.</p> |

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

| | |
|----|---|
| | <p>1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten</p> <p>Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollen die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).</p> <p>2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).</p> <p>3. Kostendeckung gewährleisten</p> <p>Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).</p> <p>H+ unterbreitet in der vorliegenden Vernehmlassung entsprechende Vorschläge.</p> |
| H+ | <p>4. Gewährleistung der Qualität</p> <p>Die Vorlage würde aus folgenden Gründen nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». – Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindenden 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. |

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

| | |
|----|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> – Die 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 ist klar unzureichend. In dieser knappen Zeit und in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung ist es nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. – 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 liegen ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. – Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trägt 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 ist die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. |
| H+ | <p>5. Sachgerechte Abgeltung der Behandlungskosten von psychisch schwer kranken Menschen</p> <p>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.</p> <p>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.</p> |

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

Erläuterungen zur vorgeschlagenen Regelung

Die im Entwurf KLV-Änderungen vorgeschlagene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig die Kürzung der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern (Ausnahmen nur mit Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes), führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten als bisher.

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.

TARMED-Kapitel nicht streichen

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 fachlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht sofort 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 Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen zum Erlangen der erforderlichen klinischen Erfahrung bereitgestellt werden können.

Korrekte Abgeltung auch für psychisch schwer Kranken

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

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

| | |
|----|---|
| | <p>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 im Verordnungsentwurf vorgesehen erforderlichen klinischen Erfahrung 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.</p> |
| H+ | <p>6. «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 allfällige 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») führen. <p>Bedarfsnachweis erbringen und System wirklich reformieren</p> <p>Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme durch die OKP ist nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig, zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die nicht im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik liegt. Schwer wiegt, dass für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann nicht ausschliesslich mit</p> |

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

| | |
|----|--|
| | Verordnungsänderungen angeordnet werden. |
| | <p>7. Kosten / Finanzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen. – Allfällige durch die Neuregelung 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. – Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen. – Die Vorlage könnte darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern. <p>In der Vernehmlassungsantwort zeigt H+ auf, wie dies vermieden werden kann.</p> |
| H+ | <p>8. Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»</p> <p>Die vom Bundesrat geplante Reform soll dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlägt das Positionspapier der Swiss Mental Health Care (SMHC) 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.</p> <p>1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate klinische Weiterbildung. Ein Jahr Erfahrung in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrische-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B wäre klar unzureichend für die eigenverantwortliche Behandlung von Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen. Insgesamt sind vielmehr 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF-Weiterbildungsprogramm vorzusehen (inkl. der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung). Mit diesen analogen Weiterbildungsanforderungen für Psychiater und Psychologen würden die Voraussetzungen für</p> |

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

| | |
|----|---|
| | <p>die vom Bundesrat angestrebte "Gleichstellung" von ärztlicher und psychologischer Psychotherapie geschaffen.</p> <p>2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.</p> <p>3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.</p> <p>Diese Massnahmen 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.</p> |
| H+ | <p>9. Frühzeitige Durchführung einer Wirkungsanalyse</p> <p>Die erste Bestandsaufnahme ist ein Jahr nach Inkrafttreten der Verordnungsänderungen durchzuführen. So kann sichergestellt werden, 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.</p> |

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

1.1

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|--|------|------|------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| H+ | 50c | 1 | | <p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen</p> <p>Begründung</p> <p>Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung und Erfahrung 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.</p> <p>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</p> | <p>Art. 50c Abs. 1 lit c NEU</p> <p><i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 5 Jahren 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 oder einem anderen anerkannten und zugelassenen Leistungserbringer nach Art. 50 c 1 a - c.</i></p> |

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

| | | | | | |
|----|--------------------------|--|--|--|---|
| | | | | <p>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 klinische Erfahrung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> | |
| H+ | Über- gangs- best. | | | <p>II</p> <p>In den Übergangsbestimmungen sind die Absätze 1 und 2 zu streichen. Absatz 3 bleibt und wird neu Absatz 1.</p> <p>Begründung</p> <p>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</p> | <p>Übergangsbestimmungen Abs. 1 und 2 ersatzlos streichen</p> |

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

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>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).</p> <p>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.</p> | |
| H+ | | | | <p>Inkrafttreten</p> <p>Die angepassten Verordnungen der KVV und KLV dürfen erst in Kraft treten, wenn die tarifarische Regelung der Abgeltung dieser Leistungen in der OKP geklärt ist.</p> <p>Begründung</p> <p>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.</p> <p>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</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 die psychologische Psychotherapie zu erarbeiten und gestützt darauf Tarifvereinbarungen abzuschliessen. Allerfrühestens sind die Verordnungsänderungen deshalb auf den 1. Januar 2022 in Kraft zu setzen. Als zweite Bedingung ist vorzusehen, dass zum Zeitpunkt des Inkrafttretens eine vom Bundesrat genehmigte tarifarische Regelung für die OKP vorliegen 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**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | |
|--|---------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| H+ | 2 ,3,11 | Die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2 , Art. 3 und Art. 11 lehnt H+ ab und erwartet Anpassungen gemäss dem nebenstehenden Textvorschlag. Die in Artikel 11 vorgesehene Ausweitung bei der Anordnung gegenüber dem Status quo auf alle ärztlichen Leistungserbringer mit Facharzttiteln in der Grundversorgung lehnt H+ ab. | Antrag Art. 3 Kostenübernahme 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. |
| | | Begründung <p>Grundsätzlich unterstützt H+, dass die Regelung für die Kostenübernahme der Versicherungen an klare Vorgaben im Sinne von Voraussetzungen gebunden wird. Artikel 2 gemäss Vorschlag geht aber zu weit. Die Erfüllung und Kontrolle sowie die Dokumentation müssen praktikabel und belegbar sein bei verhältnismässigem Aufwand. Die Praktikabilität dieser Bestimmung ist fraglich, insbesondere die Datenerhebung (Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsstatistik), damit die geforderte Wirksamkeit der angewandten Methode wissenschaftlich belegt werden könnte. Ferner wird betont, dass es Ratingbögen nicht für alle Erkrankungen gebe und dies zu einer Überadministration führen könnte. Die korrekte Dokumentation des Behandlungsverlaufs und der angewandten Methoden müsste genügen</p> Bewährte Regelung bei Behandlungszeiten nicht kürzen <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75</p> | |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p> <p>Dauer der Sitzungen bei Kindern und Jugendlichen</p> <p>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.</p> <p>Folgende Aspekte können für Kinder und Jugendliche längere Sitzungsdauern erfordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 | |
|--|--|---|--|

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>unbewussten und bei Kindern und Jugendlichen nur eingeschränkt explizit thematisierbaren Aspekten beruhen.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. <p>In den Übergängen vom Jugend- ins Erwachsenenalter sind zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie erhöhte Koordinationsleistungen nötig. Diesen transitions-psychiatrischen Aspekten muss in der koordinierten Behandlung ebenfalls Beachtung geschenkt werden.</p> <p>Gegen Ausweitung der Anordnungsbefugnis</p> <p>Die in Art. 11b vorgeschlagene Ausweitung der Befugnisse, psychologische Psychotherapie anordnen zu können, auf alle ärztlichen Leistungserbringer mit Facharzttiteln in der Grundversorgung lehnt H+ ab. Bei dieser Ausweitung für solche Anordnungen fehlt bei den genannten Fachärzten ohne Psychiatrie-Ausbildung oder -Erfahrung die fachliche Qualität. Darum muss die Möglichkeit zur Anordnung auf Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie beschränkt werden. Das gilt auch für Anordnungen bei Leistungen in der Krisentherapie oder bei lebensbedrohenden Situationen. Für solche Fälle gibt es ambulante psychiatrische Anlaufstellen mit Notfalldienste, die solche Aufgaben fachlich qualifiziert übernehmen können.</p> <p>Der anordnende Arzt muss 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</p> | <p>Art. 11b Absätze a und b, Änderung</p> <p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie;</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin mit einem Fähigkeitsausweis gemäss SIWF «Delegierte Psychotherapie» (FMPP) für maximal 10 Abklärungs- und Therapiesitzungen.</p> |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, mindestens jedoch mit einem Fähigkeitsausweis Delegierte Psychotherapie FMPP angeordnet werden müssen. Mit der vorgesehenen Neuregelung trägt der anordnende Arzt im Gegensatz zu heute 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 wird. Das rechtfertigt die nachfolgend erklärten erhöhten Anforderungen zur Anordnungskompetenz.</p> <p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen. Ein anordnender Facharzt ohne Psychiatrie-Ausbildung muss mindestens über einen Fähigkeitsausweis Delegierte Psychotherapie verfügen.</p> | |
| | | <p>Übergangsbestimmungen: TARMED-Anpassung als Übergangslösung bis neuer Tarifvertrag vorliegt und vom Bundesrat genehmigt ist</p> <p>In der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED) müsste unbedingt die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen</p> | |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der 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.</p> <p>Offen für einen neuen Tarifvertrag</p> <p>H + ist zwar für die Anpassung der heutigen TARMED-Tarifierung in den genannten Kapiteln und die Neuformulierung bezüglich Anordnung statt Delegation, dennoch sind wir offen für einen neuen Abgeltungsvertrag, der zwischen den Tarifpartnern ausgehandelt und vereinbart werden muss. Entscheidend für die Erarbeitung und Akzeptanz eines neuen Tarifvertrages ist, dass er kostendeckend und sachgerecht die erbrachten Leistungen abgeltet.</p> <p>Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass so ein neuer Tarifvertrag wie gewünscht auf das Inkrafttreten der Verordnungsanpassungen erarbeitet, vereinbart und vom Bundesrat genehmigt wird. Die redaktionell anzupassende TARMED-Tarifierung müsste so lange gelten, bis ein neuer, vom Bundesrat genehmigter Tarifvertrag vorliegt. Dies ist zwingend in den Übergangsbestimmungen zu regeln.</p> | |
|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 |
| H+ | | H+ will konstruktiv mit allen Beteiligten und den Verantwortlichen im BAG aktiv mithelfen, den Wechsel von der bisherigen Delegationslösung zum Anordnungsmodell einzubetten in die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung hin zu einen zukunftsgerichteten koordinierten Anordnungsmodell. H+ will nach der Auswertung der Vernehmlassung den Dialog mit allen Verantwortlichen aufnehmen, um eine breit getragene und abgestützte Regelung zu erarbeiten, die auch die Auswirkungen eines solchen Wechsels zur Anordnung auf die Versorgung und Finanzierung sowie die Qualität und Ausbildung einbezieht. | |

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

| Allgemeine Bemerkungen | |
|--|---|
| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
| IBP Institut (PsychologInnen- Sektion) | <p>Die PsychologInnen-Sektion der Fachmitglieder Psychotherapie des IBP Institutes 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 IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme sich eng anlehnt an die Stellungnahme, welche eine Zusammenarbeit der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände FSP, ASP und SBAP ist. Wir unterstützen dieses gemeinsame Vorgehen.</p> |
| IBP Institut (PsychologInnen- Sektion) | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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 IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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. |
| IBP Institut (PsychologInnen- Sektion) | <p>Inhalte der Vorlage, welche das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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 |

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

| | |
|---------------------------------------|--|
| | <p>Administration und letztendlich die Kosten steigert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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 IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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 IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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. |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | <p>Ergänzungen, welche das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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 IBP Instituts (PsychologInnen-Sektion) braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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"> Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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 IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | 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) |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | 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 | |

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

| | | | | | |
|--|-----|---|-------|--|--|
| | | | | Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen). | |
| IBP Institut (PsychologInnen- Sektion) | 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. | |
| IBP Institut (PsychologInnen- Sektion) | 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 IBP Instituts (PsychologInnen-Sektion) unbestritten. Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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 IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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 IBP Institut | Änderungs- und Ergänzungsvorschlag: c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten. |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>(PsychologInnen-Sektion) begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben,</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----|---|---------|--|---|
| | | | | <p>dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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 IBP Institut</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> |

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

| | | | | | |
|--|-----------|--|--|--|---|
| | | | | <p>(PsychologInnen-Sektion) folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | (neu) 52e | | | <p>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.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen |

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

| | | | | | |
|---------------------------------------|----------------|-------|--|---|--|
| | | | | | <p>Tätigkeitsbereich festgelegt haben;</p> <p>c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen</p> <p>d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;</p> <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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. | |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | Übergangsbest. | 3 | | Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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 | Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstagen a-c, e und f [...] |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. | |
|--|--|--|--|---|--|

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) |
| IBP Institut (PsychologInnen- Sektion) | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| IBP Institut (PsychologInnen- Sektion) | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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: <ul style="list-style-type: none"> Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist | 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der Eingangsdiaagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen. • Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| IBP Institut (PsychologInnen- Sektion) | 3 | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Sitzungen die körperorientiert sind, der Traumaintegration oder der Behandlung früher Bindungsverletzungen dienen, dauern häufig auch 75 – 90 Minuten. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |
|--|---|--|---|--|

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

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----|--|---|---|--|
| | | | | <p>deutlich erschwert.</p> <p>Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un</p> |

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

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----|---|---|---|--|
| | | | | <p>Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Das IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die FSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...] |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst das IBP Institut (PsychologInnen-</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

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

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----|---|--|---|---|
| | | | | Sektion) 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. | |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| IBP Institut (PsychologInnen-Sektion) | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |

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

| | | | | | |
|--|---------------------|---|--|---|---|
| IBP Institut (PsychologInnen- Sektion) | 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. |
| IBP Institut (PsychologInnen- Sektion) | 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. |
| IBP Institut (PsychologInnen- Sektion) | 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:

Interessengemeinschaft delegiert- und selbständig arbeitender PsychotherapeutInnen, siehe beiliegendes Unterschriftenblatt

Adresse: Villettemattstrasse 15, 3007 Bern

Kontaktpersonen:

Lic. phil. Brigit Baumberger König, eidg. anerkannte Psychotherapeutin, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Sven Nussbaumer, dipl. Psych. FH, Psychologe SBAP, eidg. anerkannter Psychotherapeut

Telefon:

+41 79 751 59 43

+41 031 381 29 17

E-Mail:

brigit.baumberger@fsp-hin.ch

sven.nussbaumer@hin.ch

Datum: 12.9.2019

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 |
| Siehe Unterschriften | Psychologische PsychotherapeutInnen sind, nach entsprechender klinischer Erfahrung, gut in der Lage, auch Personen mit komplexeren und sogenannt schwereren psychischen Störungen professionell und effektiv zu behandeln. Unsere psychotherapeutische Ausbildung unterscheidet sich ja nicht von der der PsychiaterInnen. Beispiele sind schwere Persönlichkeitsstörungen, chronische mittelgradige bis schwere Depression, Anorexie und andere. Auch bei chronischen Verläufen sind wir gut in der Lage, die entsprechende psychotherapeutische Unterstützung zu geben. |
| | Auch für die Durchführung von Kriseninterventionen sind psychologische PsychotherapeutInnen nach entsprechender klinischer Erfahrung gut geeignet, z.B. bei suizidalen Krisen, bei akuter Gefahr von Fremdgefährdung, bei Verdacht auf Kindesmissbrauch etc. |
| | Bei PatientInnen, die neben der Psychotherapie auch eine medikamentöse Behandlung benötigen, ist es meist nur eine geringe Erschwernis, wenn die Medikation durch einen andern Facharzt / eine andere Fachärztin durchgeführt wird. Es gibt tatsächlich PatientInnen, bei denen es ein entscheidender Vorteil ist, wenn Psychotherapie und Medikation durch die gleiche Person durchgeführt werden. Das sind aber nur ein kleiner Teil der PatientInnen, und bei weitem nicht alle PatientInnen mit schweren Störungen. |
| | Damit sich die Versorgungslage für Personen mit schweren psychischen Störungen nicht verschlechtert, müsste sich der administrative Aufwand, z.B. durch Verlaufsdiagnostik und Schreiben von Berichten und Anträgen, in Grenzen halten. |
| | |
| | |
| | |

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| | 50c | 1 | c | Klinische Erfahrung in psychotherapeutischen-psychiatrischen Einrichtungen unter psychologischer Leitung sollten ebenfalls anerkannt werden | «unter Leitung eines Facharztes...» soll gestrichen oder «unter Leitung eines Facharztes/Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie oder Fachpsychologe/in Psychotherapie» ergänzt werden. |
| | 50c | 2 | | Der Absatz müsste ergänzt werden durch die entsprechende Anerkennung als Weiterbildungsstätte für Eidg. anerkannte psychologische PsychotherapeutInnen. | verfügen, oder die Bedingungen für psychologische Weiterbildungsinstitutionen erfüllen. |
| | 52d | | e | Bezüglich Qualitätssicherung nach Artikel 77 müssten auch die Voraussetzungen für psychologisch-psychotherapeutische Leitungspersonen festgelegt werden. | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | |
|---|--------------------|---|-----------------------|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| | Art 2 Abs. 1 b. | <p>Der Aufwand für die geforderte Diagnostik würde innerhalb von 20-25 Sitzungen, bzw. bis zur zeitgerechten Einholung der Kostengutsprache ca. 7 Sitzungen erfordern (je eine Sitzung für das Erstgespräch, die Eingangsmessung, die Besprechung der Eingangsmessung und die Besprechung der Erfolgsmessung). 7 von 20-25 Sitzungen plus zusätzliche Auswertungszeit für die Messung aufzuwenden, erscheint weder zweckmässig noch wirtschaftlich und widerspricht damit den WZW-Kriterien.</p> <p>Zudem lassen sich die allermeisten Veränderungen nicht so schnell abbilden. Die erhobenen Messungen wären damit Momentaufnahmen und Ergebnisse im Zufallsbereich.</p> <p>Zu Fehleinschätzungen führt auch die Tatsache, dass bei bestimmten Störungen (bspw. Anorexie) die Krankheitseinsicht zu Beginn der Therapie fehlt – was heisst, dass schlechtere Messwerte im Verlauf eigentlich eine Verbesserung des Therapieprozesses darstellen.</p> <p>Bei chronifizierten Störungen besteht das Ziel der Therapie oft in einer Vermeidung einer Verschlechterung oder wiederholter Klinikeinweisungen – dies wird auf den Fragebögen nicht abgebildet.</p> <p>Es bleibt zudem unklar, wer die Diagnoseinstrumente vorgibt.</p> | «b.» ist zu streichen |
| | Art 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**

| | | | |
|--|-------------------|---|---|
| | Art. 3b Abs 1 | - | - |
| | Art. 11b Abs 2 | 60 Minuten inklusive Dokumentation sind bei Erstgesprächen im Mehrpersonen-Setting, sowie bei spezifischen Therapien wie beispielsweise Traumabehandlungen und Therapien mit Übersetzung zu wenig Zeit. Für Gruppentherapien existieren kaum Manuale für 90 Minuten; hier sollten 120 Minuten verrechnet werden können. Eine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer macht keinen Sinn, reduziert aber die situationsangepasste Flexibilität. | <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung die Kosten für (höchstens) 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien; in begründeten Fällen, sowie bei Therapien im Mehrpersonensetting und für das Erstgespräch im Einzelsetting sind bis zu 90 Minuten zu übernehmen. Bei Gruppentherapien übernimmt die Versicherung die Kosten bis zu 120 Minuten.</p> <p>Die Kosten für die Dokumentation und andere Leistungen in Abwesenheit werden zusätzlich vergütet: Telefonate, Verfassen von Berichten, Aktenstudium, Testauswertung, Absprachen unter Fachleuten, Absprachen mit Angehörigen.</p> |
| | Art. 11b Abs 3 | Bei Kriseninterventionen und lebensbedrohlichen Situationen wie akute Suizidalität erfordern einen grösseren Zeitaufwand, weshalb für die Sitzungen in Einzeltherapie mehr als 60 Minuten zur Verfügung stehen sollten. Zudem ist mit einem erhöhten Aufwand an Leistungen in Abwesenheit zu rechnen: Auskünfte behandelnder ÄrztInnen, Angehörige, Kliniken, etc. | <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung die Kosten für (höchstens) 1x 10 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 90 Minuten bei Einzeltherapien; bei Therapien im Mehrpersonensetting sowie für das Erstgespräch im Einzelsetting sind bis zu 105 Minuten zu übernehmen. Bei Gruppentherapien übernimmt die Versicherung die Kosten bis zu 120 Minuten.</p> <p>Die Kosten für die Dokumentation und andere Leistungen in Abwesenheit werden zusätzlich vergütet und stellen die in Krisensituationen notwendige Vernetzung sicher.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 weitere 15 Sitzungen ist eine neue Anordnung gemäss Absatz 1 Buchstabe a notwendig. |
| | Art. 11b Abs 5 | <p>45% der Therapien sind gemäss Strukturhebung der FSP nach 30 Sitzungen nicht abgeschlossen. Der daraus entstehende (Kosten-) Aufwand auf Seiten Psychologe/-in, Arzt/Ärztin und Krankenkasse ist gemäss den WZW-Kriterien möglichst gering zu halten. Für längere Therapien und chronische Verläufe, sollte deshalb eine weniger aufwändige Administration mit reduziertem Koordinationsaufwand zur Anwendung kommen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Aufwand für die Einholung einer Kostengutsprache nicht geleistet wird (Umweg der Kostengutsprache über den anordnenden Arzt). Darunter würden insbesondere die von PsychologInnen behandelten, schwer oder chronisch kranken PatientInnen zu leiden haben und erneut ein Versorgungsengpass entstehen.</p> <p>Wissen und Erfahrungen über den aktuellen Therapieverlauf haben die involvierten psychologischen PsychotherapeutInnen. Daher soll er/sie die Verlaufsberichte mit Begründung für eine Weiterführung der Therapie erstellen.</p> <p>Unklar bleibt, welches die Kriterien für die Erteilung einer Kostengutsprache sind. Wenn man davon ausgeht, dass die Anzahl der Psychiater in den nächsten Jahren aufgrund Pensionierung stetig abnimmt, stellt sich auch die Frage nach fachlich qualifizierten Vertrauensärzten, welche die Verlaufsberichte differenziert beurteilen und Kostengutsprachen erteilen können. Es besteht sonst die Gefahr von Fehlentscheiden und Willkür.</p> | <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der oder die behandelnde PsychotherapeutIn dem Vertrauensarzt/ärztin der Versicherung Bericht zu erstatten.</p> <p>Die Versicherung stellt sicher, dass die Kostengutsprache von qualifizierten FachärztInnen beurteilt wird.</p> |
| | | | |

Antwortformular psychologische Psychotherapie

Unten stehende Personen erklären sich mit der beiliegenden Stellungnahme der Interessengemeinschaft delegiert- und selbständig arbeitender PsychotherapeutInnen, Villettemattstr. 15, 3007 Bern, vom 12.9.2019, einverstanden:

| Name | Vorname | Titel | Arbeitsort | Unterschrift |
|----------------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| Heinrich | Denise | Lic. phil. | Villettemattstr. 15, 3007 Bern | D. Heinrich |
| Baumberger | Brigit | Lic. phil. Psychotherapeutin | ZSB Bern | B. Baumberger |
| v. S. Reubke | Regula | Dipl.-Psych | ZSB Bern | Regula v. S. Reubke |
| Hoskeller | Susanne | Lic. phil. Psychotherapeutin FSP | ZSB Bern | S. Hoskeller |
| Sütter | Lisa | Lic. phil. Psychotherapeutin | ZSB Bern | L. Sütter |
| Stump | Regula | Dipl. Psych | ZSB Bern | Regula Stump |
| Kellner | Esther | Lic. phil. FSP | ZSB Bern | E. Kellner |
| Gubler | Caspar | Lic. phil. FSP | ZSB Bern | C. Gubler |
| Girindat | Markus | Eidg. PT | ZSB Bern | M. Girindat |
| Nussbaume | Sven | Eidg. en. PT | ZSB Bern | S. Nussbaume |
| Buchkauer | Wibke | Lic. phil. Fachpsychologin TSP | ZSB Bern | W. Buchkauer |
| Perales-Wächli | Andrea | Lic. phil. Fachpsychologin TSP | ZSB Bern | A. Perales-Wächli |
| Kuschi | Markus | Eidg. PT | ZSB Bern | M. Kuschi |
| Kuttschi | Helene | Lic. phil. FSP | ZSB Bern | H. Kuttschi |
| Ehinger | Alexa | Eidg. Psych | ZSB | A. Ehinger |
| Meier | Kath | Lic. phil. Fachpsychologin TSP | ZSB | K. Meier |
| Brauner | Selina | Eidg. Psychologin Psychotherapeutin | ZSB | S. Brauner |
| Baumgartner | Lea | Eidg. Psychologin Psychotherapeutin | ZSB Bern | L. Baumgartner |
| | | | | |
| | | | | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Interessengruppe der freiberuflich tätigen Heilpädagogischen Früherzieherinnen und Früherzieher Kanton Zürich

Abkürzung der Firma / Organisation : IGFF ZH

Adresse : Fridlimattstrasse 36, 8122 Binz

Kontaktperson : Sandra Dütsch

Telefon : 076 368 80 02

E-Mail : sandra.duetsch@ymail.com

Datum : 19.09.2019

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 |
| IGFF ZH | <p>Die IGFF ZH 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 IGFF ZH bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme der IGFF ZH der Stellungnahme der FSP entspricht.</p> |
| IGFF ZH | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die IGFF ZH klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die IGFF ZH 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 IGFF ZH 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. |
| IGFF ZH | <p>Inhalte der Vorlage, welche die IGFF ZH ablehnt und deren Anpassung wir fordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die IGFF ZH 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 IGFF ZH lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die IGFF ZH ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während |

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

| | |
|---------|--|
| | <p>der Weiterbildung und auch unter der Leitung eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die IGFF ZH lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die IGFF ZH verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die IGFF ZH 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 IGFF ZH 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. |
| IGFF ZH | <p>Ergänzungen, welche die IGFF ZH vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die IGFF ZH 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 Praxisassistentin 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 IGFF ZH braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die IGFF ZH 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 IGFF ZH eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die IGFF ZH 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**

| | |
|---------|--|
| IGFF ZH | 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) |
| IGFF ZH | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| IGFF ZH | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen anpasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| IGFF ZH | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| IGFF ZH | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der IGFF ZH unbestritten. Die IGFF ZH 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 IGFF ZH 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 IGFF ZH begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die IGFF ZH ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|---------|-----|---|---------|---|---|
| | | | | <p>spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die IGFF ZH fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die IGFF ZH ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| IGFF ZH | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die IGFF ZH fordert, dass die Sprachkompetenz</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer |

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

| | | | | | |
|---------|-----|---|--|--|---|
| | | | | als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | Referenzrahmen) |
| IGFF ZH | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die IGFF ZH ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die IGFF ZH 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 IGFF ZH Folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

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

| | | | | | |
|---------|----------------|-------|--|--|--|
| IGFF ZH | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| IGFF ZH | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen</p> <p>Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| IGFF ZH | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die IGFF ZH 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 | |

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

| | | | | | |
|---------|----------------|---|--|---|---|
| | | | | zunehmen wird. | |
| IGFF ZH | Übergangsbest. | 3 | | Die IGFF ZH 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) |
| IGFF ZH | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| IGFF ZH | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die IGFF ZH 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: <ul style="list-style-type: none"> Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige | 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Die IGFF ZH 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</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|---------|---|--|--|--|---|
| | | | | erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden. | |
| IGFF ZH | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die IGFF ZH ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p> <p>Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|---------|-----|--|---|--|---|
| | | | | damit deutlich erschwert. Die IGFF ZH 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. | |
| IGFF ZH | 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 [...] |
| IGFF ZH | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| IGFF ZH | 11b | 1 | a | Anordnungsbefugte Ärzte Die IGFF ZH 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**

| | | | | | |
|---------|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die IGFF ZH geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die FSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | |
| IGFF ZH | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die IGFF ZH 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.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| IGFF ZH | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| IGFF ZH | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| IGFF ZH | 11b | 4 | | <p>Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.</p> | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.</p> |

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

| | | | | | |
|---------|---------------------|---|--|---|---|
| IGFF ZH | 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. |
| IGFF ZH | 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 : Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : IGGH-CH ®

Adresse : Geburtshaus Delphys, Badenerstrasse 177, 8003 Zürich

Kontaktperson : Susann Brun

Telefon : 079 772 27 53

E-Mail : info@geburtshaus.ch

Datum : 30.9.2019

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 17.10.2019 an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen

| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
|------------|--|
| IGGH-CH® | <p>Die IGGH-CH ® ist ein Verein, welcher die Zusammenarbeit und den Austausch unter den Geburtshäusern in der Schweiz fördert. Der Verein vertritt die Mitglieder gegenüber den Kostenträgern und unterstützt sie gegenüber Behörden, politischen Gremien, Institutionen und Organisationen. Er arbeitet eng mit dem Schweizerischen Hebammenverband zusammen. Wir bedanken uns für die Möglichkeit, an der Vernehmlassung zur KVV-Änderung teilzunehmen.</p> <p>Geburtshilfe findet sowohl intramural in Spitälern wie auch extramural in Geburtshäusern oder bei den Frauen zu Hause statt. Hebammen nehmen deshalb in der medizinischen Grundversorgung einen wichtigen Stellenwert ein. Hebammen erbringen in der Schweiz, im Gegensatz zu anderen nichtärztlichen Fachpersonen, im Regelfall (Physiologie) ihre Leistungen ohne ärztliche Verordnung. Seit 1.1.2017 können Hebammen gemäss KVV 45a <i>Organisationen der Hebammen</i> gründen. Die IGGH-CH® hat nun das zur Vernehmlassung vorliegende Dokument geprüft. Es ist aufgefallen, dass beim vorliegenden Änderungsvorschlag zu Artikel 45 KVV wichtige, in der Fassung vom 1.1.2017 aufgeführte Formulierungen nicht aufgeführt sind, nämlich Formulierungen, die den Erwerb der praktischen Tätigkeit festlegen und die sich auf selbstständig erwerbende Hebammen und Organisationen der Hebammen beziehen. Üblicherweise werden bei Vernehmlassungen die Änderungen abgebildet, sowie dies beim vorliegenden Text über die <i>Zulassung der Hebamme</i> der Fall ist. Da bei allen anderen nichtärztlichen Berufsgruppen jedoch nicht nur die Änderungen aufgeführt sind, sondern der Gesamttext zur <i>Zulassung</i> aufgeführt ist, haben wir uns entschlossen, eine Rückmeldung zu geben, damit die aus rechtlicher Sicht wichtigen, bis anhin gültigen Gesetzesformulierungen auch zukünftig eindeutig sind. Wir bitten Sie, unsere Änderungsvorschläge zu berücksichtigen.</p> |

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------------------------------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| IGGH-CH® | 45 | 1 | a und b, Ziffer 1 bis 4 und c | Den gesamten Gesetzesartikels haben wir deshalb explizit aufgeführt, damit rechtlich eindeutig ist, welche Ziffern gestrichen resp. welche Abschnitte neu formuliert sind. | Die Hebammen haben nachzuweisen: a. einen Bachelor of Science in Hebamme FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 des Gesundheitsberufegesetzes vom 30. September 2016 (GesBG) gleichwertigen Bildungsabschluss b. eine zweijährige praktische Tätigkeit: |
| IGGH-CH® | 45 | 1 | b | | 1.bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme |
| IGGH-CH® | 45 | 1 | b | Wir schlagen vor, dass neu kantonal bewilligte Geburtshäuser und kantonal bewilligte Geburtspraxen erwähnt werden. Beide Institutionen bieten das gesamte Spektrum der Hebammentätigkeit an (Schwangerschaftskontrollen, Geburten, Wochenbettbetreuungen, Stillberatungen). Zudem bieten sie Ausbildungsplätze für Hebammenstudierende an. Deshalb soll die praktische Berufserfahrung zum Erwerb der Zulassungsbedingungen auch in einem kantonal bewilligten Geburtshaus / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter Leitung einer Hebamme erfolgen können. | 2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals oder eines kantonal bewilligten Geburtshauses / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter der Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt. |
| IGGH-CH® | 45 | 1 | b | Die vorgesehene Aufhebung der bestehenden Ziffer 3 begrüssen wir. | 3. <i>Aufgehoben</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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Interessengemeinschaft Psychiatrie Graubünden

Abkürzung der Firma / Organisation : IGP

Adresse : Dr. med. G. Hirsbrunner, Quaderstrasse 36, 7000 Chur

Kontaktperson : Dr. med. G. Hirsbrunner

Telefon : 081 250 14 54

E-Mail : gerard.hirsbrunner@hin.ch

Datum : 25.8.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen

| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
|---|---|
| Error! Reference source not found. | Zur Kostenfolge und Finanzverordnung ist zu bemerken, dass falls der Umgang mit dem Anordnungsmodell gleich gehandhabt wird wie bisher die Physiotherapie, das heisst dem anordnenden Arzt werden in einem Wirtschaftlichkeitsverfahren der Krankenkasse die angeordneten Therapien an die Gesamtkosten aufgerechnet, so muss festgehalten werden, dass dies einer an die Ärzte delegierten Rationierung entspricht. Das heisst die im Bericht zum neuen KVV-KLV geäusserten Ängste der Mengenausweitung und Kostensteigerung werden an die Ärzte abgewälzt und die Kostenverantwortung wird von den Psychologen an die Ärzte delegiert. Somit ist aus unserer Sicht von vornherein zu verhindern, dass die verordneten Kosten den Ärzten in einem Wirtschaftlichkeitsverfahren angerechnet werden. |
| 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) |
| Error! Reference source not found. | 50c | 1 | c | Im Verhältnis zur sechsjährigen klinischen Weiterbildung der Psychiaterinnen und Psychiater ist ein Jahr stationäre Tätigkeit zu wenig. Dies soll auf mindestens zwei Jahre verlängert werden. | Nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 24 Monate in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | |
|---|-------------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| Error! Reference source not found. | 3 | <p>Im Jahre 2009 wurde aufgrund der Veränderung der KLV Verordnung die Limite bis zur Meldung an den Vertrauensarzt von 60 auf 40 Stunden reduziert. Nach unserer Erfahrung hat diese Verkürzung keine zunehmende Ablehnung durch Vertrauensärzte zur Folge gehabt, was heisst, dass die Indikation durch die Ärzte richtig gestellt wurden und durch Verkürzung bis zur Meldung an den Vertrauensarzt keine Kosten gespart werden können, jedoch mit weiterer Verkürzung Kosten auf beiden Seiten (KK und Arzt) verursacht werden. Nach unserer persönlichen Erfahrung haben wir noch nie ablehnende Entscheide festgestellt, somit macht aus unserer Sicht die Verkürzung auf 30 Stunden keinen Sinn sondern verursacht Kosten. Zudem ist festzuhalten, dass die Psychiaterinnen und Psychiater vermehrt komplexere Fälle betreuen, weshalb eine frühere Meldung an den Vertrauensarzt keinen Sinn macht. Weiter ist auch die Sitzungsdauer bei 75 Minuten wie im Tarmed festgehalten beizubehalten, da Termine oft länger wie 60 Minuten dauern aufgrund individueller Unterschiede der Patientinnen und Patienten. Weiter darf auch die Gruppentherapie nicht auf 90 Minuten gekürzt werden, da Gruppentherapien oft in einer Doppelstunde stattfinden, was mit den bisherigen 105 Minuten gemäss Tarmed gerade noch geht. Eine weitere Verdichtung von Informationen zum Beispiel in Skillsgruppen ist aufgrund der kognitiven Einschränkung der Patienten nicht möglich. Das heisst das Modell der Volksschule, die die Stunden von 60 auf mittlerweile 45 Minuten bei gleichbleibendem Stoff gekürzt hat, ist nicht auf die Psychiatrie übertragbar.</p> <p>Zudem wird die Gruppentherapie gegenüber der gegenwärtig gültigen KLV Verordnung neu erwähnt und eingeschränkt. Dies macht keinen</p> | Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs-und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien. Artikel 3 b bleibt vorbehalten. |

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

| | | | |
|---|------|---|---|
| | | Sinn, da Gruppentherapien per se eigentlich ein effizientes Modell sind, längerfristig besucht werden müssen, insgesamt aber wenig angeboten werden und somit ein kleiner Teil der Kostenfolge sind und somit nicht zusätzlich überwacht werden müssen. Das heisst die Einschränkung der Gruppen soll ganz weggelassen werden. Falls nicht muss die einzelnen Gruppensitzungen mindestens auf 105 Minuten erhöht werden. | |
| Error! Reference source not found. | 3b1 | Wie unter 3 erwähnt soll die Psychotherapie erst nach 40 Sitzungen im ärztlichen Bereich zu Lasten der Versicherung überprüft werden. | Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt |
| Error! Reference source not found. | 11b2 | <p>Zum Artikel ist anzumerken, dass die Minutage der Einzeltherapie wie bei den Ärzten auf 75 Minuten erhöht werden soll. Dies entspricht einer Kürzung gegenüber dem Tarmed, der derzeit bei den Psychologen mit 90 Minuten maximaler Einzeltherapie Sitzungsdauer rechnet. Auch hier ist die Gruppentherapie nicht einzuschränken oder falls sie eingeschränkt wird auf 105 Minuten zu erhöhen.</p> <p>Die Einzeltherapie muss deshalb auch länger dauern, da es sich möglicherweise um eine Krisenintervention gemäss Artikel 11 b 1b handelt, diese Sitzungen dauern oft länger wie 60 Minuten. Weiter ist hier zu regeln, dass die zweite Anordnung nach den ersten 10 Sitzungen zwingend von einer Psychiaterin oder einem Psychiater ausgestellt werden muss, damit Patienten mit längerdauernden psychotherapeutischen Behandlungen ausreichend diagnostiziert werden, um nicht eine schwere, eventuell medikamentöse zwingend zu behandelnden Krankheit längere Zeit übersehen wird.</p> | <p>Für Leistungen nach Absatz 1 a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Verordnung die Kosten von höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer bis zu 75 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 105 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> <p>Die zweite Anordnung muss nach den ersten 10 Sitzungen zwingend durch eine Ärztin oder einen Arzt mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erfolgen.</p> |
| Error! Reference source not found. | 11b3 | Da es sich bei Kriseninterventionen um schwierige Situationen handelt ist eine Zeit von 60 Minuten sicher zu kurz. Zudem geht es aus meiner Sicht an der Realität vorbei, dass in einer Krisenintervention Gruppentherapien angeboten werden, weshalb die Gruppentherapie in | Für Leistungen nach Absatz 1b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 90 Minuten bei einer Einzeltherapie. |

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

| | | | |
|---|------|---|---|
| | | diesem Bereich gestrichen werden kann. Die Minutage der Einzeltherapie soll jedoch auf mindestens 90 Minuten wenn nicht 120 Minuten erhöht werden. | |
| Error! Reference source not found. | 11b5 | Gleich wie bei der ärztlichen Psychotherapie soll auch bei der psychologischen Psychotherapie eine Kontrolle durch den Vertrauensarzt gemäss Verfahren Artikel 3b erst nach 40 Sitzungen erfolgen. Auch wenn die Psychologen im Bericht zum KVV-KLV berichten, dass nach 30 Sitzungen 50% ihrer Therapien abgeschlossen seien, so muss dies nicht zu diesem Zeitpunkt überprüft werden. Die Überprüfung durch einen Vertrauensarzt macht nur Sinn um Ausreisser festzuhalten und nicht 50% zu kontrollieren. Siehe dazu auch Kommentar zu Artikel 3 | Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Artikel 1 a nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar... |
| Error! Reference source not found. | | | |
| Error! Reference source not found. | | | |
| Error! Reference source not found. | | | |
| Error! Reference source not found. | | | |
| Error! Reference | | | |

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Infodrog

Adresse : Eigerplatz 5, Postfach 460, 3000 Bern 14

Kontaktperson : Franziska Eckmann

Telefon : 031 376 04 01

E-Mail : f.eckmann@infodrog.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 **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 |
| INFODROG | Infodrog 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. |
| INFODROG | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche Infodrog klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infodrog 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 Infodrog 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. |
| INFODROG | <p>Inhalte der Vorlage, welche Infodrog ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infodrog 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. • Infodrog lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Infodrog ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. |

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

| | |
|----------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Infodrog lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Infodrog verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Infodrog 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. • Infodrog 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. |
| INFODROG | <p>Ergänzungen, welche Infodrog vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Infodrog 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 von Infodrog braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Infodrog unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich Infodrog eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Infodrog 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**

| | |
|----------|---|
| INFODROG | 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) |
| INFODROG | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| INFODROG | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen anpasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| INFODROG | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| INFODROG | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht von Infodrog unbestritten. Infodrog 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. Infodrog 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. Infodrog begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für Infodrog ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|----------|-----|---|------------|---|--|
| | | | | <p>problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Infodrog fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt Infodrog ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| INFODROG | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den</p> | 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. Infodrog fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| INFODROG | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Infodrog ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet Infodrog 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 Infodrog folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

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

| | | | | | |
|----------|----------------|-------|--|--|--|
| INFODROG | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| INFODROG | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen</p> <p>Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| INFODROG | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Infodrog 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. | |
| INFODROG | Übergangsbest. | 3 | | Infodrog 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) |
|------------|------|------|------|--|---|
| INFODROG | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| INFODROG | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Infodrog 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**

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der 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. <p>Infodrog schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|----------|---|--|--|---|--|
| INFODROG | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Infodrog ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Infodrog ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |
|----------|---|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|----------|-----|--|---|--|--|
| INFODROG | 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 [...] |
| INFODROG | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| INFODROG | 11b | 1 | a | Anordnungsbefugte Ärzte Infodrog 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. | |
| INFODROG | 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 Infodrog den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung | Änderungsvorschlag bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung |

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

| | | | | | |
|----------|-----|---|--|---|---|
| | | | | 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. | eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel. |
| INFODROG | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| INFODROG | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| INFODROG | 11b | 4 | | Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen. | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die</p> |

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

| | | | | | |
|----------|---------------------|---|--|---|---|
| | | | | | psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht. |
| INFODROG | 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. |
| INFODROG | 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 : **C/APSL** Conférence des Associations Professionnelles Suisses des Logopédistes
 K/SBL Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopäden
 C/APSL Conferenza delle Associazioni Professionali Svizzere dei Logoedisti

Abkürzung der Firma / Organisation: **C/APSL; K/SBL**

Adresse : c/o DLV; Grubenstr. 12, 8045 Zürich

Kontaktperson : Ines Konzett

Telefon : 044 350 24 84

E-Mail : leitung@logopaedie.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 **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 |
| K/SBL C/APSL | <p><u>De</u>ie K/SBL (-Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopäden), resp. C/APSL bedankt sich beim Bundesrat, sich zur Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie äussern zu können.</p> <p>La CAPSL est composée des trois associations régionales des logopédistes des 3 régions linguistiques, La prise de position représente ainsi la position de toutes les associations de logopédistes de la Suisse, soit la DLV (deutsche Logopädie Verein), l'ARLD (association romande des logopédistes) et l'ALOSI (associazione logopedisti della svizzera italiana)</p> <p>Ces trois associations déposent une prise de position commune via la CASPL dans le cadre de cette procédure consultation.</p> |
| C/APSL K/SBL | <p>En tant qu'association de professionnels en logopédie, dont les prestations sont reconnues au sens de l'OaMal, nous saluons l'admission des psychologues-psychothérapeutes dans l'OAMal au même titre que d'autres professionnels de la santé qui peuvent être amenés à fournir des prestations sur ordonnance médicale.</p> <p>La prescription de la psychothérapie par tout médecin titulaire d'un titre postgrade fédéral (Art 11b OPAS) nous semble cruciale pour améliorer la collaboration entre les divers professionnels de la santé en Suisse. En effet, des patients peuvent requérir l'intervention coordonnée de multiples professionnels de la santé (physiothérapeutes, logopédistes, neuropsychologues, psychologues-psychothérapeutes), et cette coordination est souvent monitorée par des médecins non psychiatres (médecins traitants, neurologues, etc). L'accès à la psychothérapie sur ordonnance médicale faciliterait ainsi l'accès à l'ensemble des soins de santé non médicamenteux, tout en garantissant la coordination des professionnels intervenant auprès d'un même patient et en favorisant l'intégration des psychologues-psychothérapeutes dans les réseaux de soins.</p> <p>La nouvelle ordonnance représente également une avancée dans le contrôle de la qualité de la formation des psychologues qui fourniront des prestations en psychothérapie, étant donné que l'accréditation par le titre fédéral de psychologue-psychothérapeute devient une exigence pour l'exercice de la profession sous prescription médicale. Ces exigences de formation des psychologues-psychothérapeutes sont au moins équivalentes ou dépassent les exigences de formation des autres professionnels de la santé dont les prestations sont reconnues dans la OaMal sous prescription médicale.</p> <p>Enfin, nous saluons l'accent qui est mis dans la modification de l'OPAS (Art. 11b) sur le principe de respect des standards de qualité, opérationnalisés en termes d'efficacité scientifiquement prouvée des méthodes appliquées, et de remise systématique d'un rapport à l'échéance des séances prescrites. Nous estimons par ailleurs que ces mesures pourraient être appliquées également aux autres professions prodiguant des soins sur prescription médicale.</p> |

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

| | |
|--|--|
| | |
| | <p>In folgenden Punkten unterstützt der CAPSL die Anliegen der Psychologieverbände SBAP, FSP und ASP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beibehaltung der bisherigen Anordnung von 40 Sitzungen, da sich diese Praxis bewährt hat und da die Erfahrung aus den anderen Berufen zeigt, dass eine stärkere Beschränkung der Anzahl Sitzungen den administrativen Aufwand und damit letztendlich die Kosten steigert. • Ablehnung der Beschränkung auf 15 Sitzungen. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische PsychotherapeutInnen gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Einverständnis mit dem zusätzlichen klinischen Jahr, jedoch muss es zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. • Ablehnung der Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag sind zu streichen. • Einverständnis zum Antrag um Fortsetzung der Therapie durch die anordnende Ärztin oder den anordnenden Arzt, jedoch muss der dazugehörige Bericht von der behandelnden Psychotherapeutin oder vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. • Ablehnung der Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wie sie im Vorschlag definiert ist ab. In einem ersten Schritt sollen Tauglichkeit und Praktikabilität einer solchen Diagnostik in einem Modellprojekt geprüft werden. Hiernach kann ein Stichprobenverfahren implementiert werden. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Ein Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom ist zwingend zu ergänzen. <p>Wir bitten Sie, die entsprechenden detaillierten Bemerkungen der Verbände FSP, SBAP, und ASP zu berücksichtigen.</p> |
| | La CAPSL souhaite proposer des modifications de l'OAMal concernant la logopédie et que vous trouverez ci-dessous de manière détaillée |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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) |
| C/APSL K/SBL | 50 | b | 1 | Wir beantragen, bei in KVV Art. 50, b Abs. 1 analog zu den anderen Berufen „in einer Facharztpraxis“ sowie „entsprechender fachärztlicher“ zu streichen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Bestimmungen der andern Paramediziner*innen bei den Logopäd*nnen, die zulasten der Krankenversicherung tätig sind, nicht zur Anwendung kommen soll. Da die Tätigkeit unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden erfolgen muss, die/der die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist die Sicherung der Qualität gewährleistet. | b. eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie mit überwiegender Erfahrung im Erwachsenenbereich; davon: 1. muss mindestens ein Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und in Begleitung unter der Leitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, absolviert werden, |
| C/APSL K/SBL | 50 | b | 2 | Wir beantragen, bei in KVV Art. 50, b Abs. 2 analog zu den anderen Berufen „in einer Facharztpraxis“ sowie „entsprechender fachärztlicher“ zu streichen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Bestimmungen der andern Paramediziner*innen bei den Logopäd*nnen, die zulasten der Krankenversicherung tätig sind, nicht zur Anwendung kommen soll. Da die Tätigkeit unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden erfolgen muss, die/der die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist die Sicherung der Qualität gewährleistet. | b. eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie mit überwiegender Erfahrung im Erwachsenenbereich; davon: ... 2. kann ein Jahr unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung unter der Leitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, in einer Facharztpraxis oder in einer Organisation der Logopädie, 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | nach dieser Verordnung zugelassen ist, absolviert 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.

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|---------------------------|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| | | | | | |

Département fédéral de l'intérieur
Monsieur le Conseiller fédéral
Alain Berset
Par e-mail à :

[Leistungen-
Krankenversicherung
@bag.admin.ch;](mailto:Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch)
gever@bag.admin.ch

Berne, le 18 septembre 2019

Consultation: Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) 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'admissions des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale

Réponse du Collège de Médecine de Premier Recours (CMPR)

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous vous remercions de nous offrir l'opportunité de participer à la consultation relative aux objets susmentionnés. CMPR – Collège de Médecine de Premier Recours favorise l'échange, la formation continue et la recherche dans la médecine de premier recours en Suisse.

Le CMPR soutient la pétition lancée par la Fédération Suisse des Psychologues (FSP), l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP) et l'Association professionnelle Suisse de Psychologie Appliquée (SBAP) intitulée « Eliminer les obstacles – Garantir la prise en charge des maladies psychiques ». De ce fait, le CMPR remercie le Conseil fédéral d'avoir lancé cette consultation qui prévoit de passer du modèle de la délégation à celui de la prescription. Le modèle en vigueur est injuste et entrave une prise en charge des soins de qualité.

Appréciation générale

Le CMPR se réjouit des nombreuses améliorations que ce projet de loi apporte. Pour les médecins de famille et de l'enfance la situation présente est insatisfaisante. Dans leur quotidien, il arrive trop souvent que les enfants, jeunes et adultes qui devraient suivre une psychothérapie, ne puissent pas être pris en charge de manière appropriée en raison des longs délais d'attente. Les conséquences sont désastreuses autant pour les personnes dans le besoin que pour le système de santé. Les problèmes psychiques se compliquent avec le temps ce qui accentue les souffrances des personnes concernées. Il en résulte des séjours hospitaliers onéreux, la prise de médicaments et des arrêts de travail – ce qui représente des coûts pour la société dans son ensemble. Ce modèle engendre par ailleurs une iniquité où les personnes qui ont les moyens peuvent suivre une thérapie en la payant de leur poche ou à travers leur assurance complémentaire.

Nous regrettons cependant que le projet de loi ait été élaboré sans la consultation préalable des psychiatres et des psychologues-psychothérapeutes, directement concernés dans leur travail quotidien par la modification envisagée. Nous prions donc l'administration fédérale à inviter les prestataires de soins concernés à participer à la conception de cette modification législative. Leur implication est essentielle, elle contribuera à améliorer la qualité et cohérence des modifications législatives prévues et par conséquent de la prise en charge future des patientes et patients.

Renforcement de la médecine de famille et de l'enfance

La mesure principale de ce projet consiste de passer d'un modèle où la prise en charge par des psychologues-psychothérapeutes ne peut être remboursée par l'AOS uniquement si elle a été déléguée et fournie sous la surveillance de psychiatres (ou médecins autorisés) dans les locaux de ces derniers, à un modèle où les psychothérapies pourront être prescrites par des médecins issus de diverses spécialisations, entre autres par un médecin de famille ou un pédiatre. Le CMPR se réjouit de la reconnaissance et du renforcement de la médecine interne générale et de la pédiatrie que ce projet englobe. Le médecin de famille et le pédiatre ont acquis dans le cadre de leur formation des compétences médicales, pharmacologiques et psychosociales qui leur permettent de prendre en charge une partie des troubles psychiques. Par ailleurs, proche des besoins et détenant une connaissance approfondie du contexte de vie de la personne,

l'approche des médecins de famille et des pédiatres permet d'intégrer les soins psychiques et psychiatriques dans une vision globale des patientes et patients. Dans les situations qui demandent des compétences en santé mentale plus approfondies, les médecins de famille et les pédiatres pourront prescrire des consultations auprès des psychiatres ou psychologues-psychothérapeutes en fonction des cas.

Favoriser la collaboration interprofessionnelle

Peu importe le système choisi, il n'en reste pas moins que la collaboration interprofessionnelle est un facteur clé d'une prise en charge continue réussie. Or, comme le dit le rapport explicatif, les équipes interprofessionnelles sont encore peu établies en Suisse. Le rôle-clé du médecin généraliste se voit renforcé dans ce projet ce qui va de pair avec un besoin de collaboration interprofessionnelle accru entre le médecin de famille ou le pédiatre et le psychiatre ou les psychologues-psychothérapeutes dans les cas où cela s'avère nécessaire.

Consciente de l'importance de la collaboration interprofessionnelle, le CMPR vise à promouvoir et développer des modèles de collaboration interprofessionnelle depuis de nombreuses années déjà. Pour une collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire réussie, il est essentiel que des conditions-cadres qui lui sont favorables soient mises sur pied, comme par exemple une position tarifaire adéquate pour coordonner la prise en charge des patientes et patients entre les différents intervenants et établissements. Le CMPR demande à ce que le système prévoit un financement adéquat permettant le renforcement de l'échange interprofessionnelle nécessaire à une collaboration réussie.

Nécessité d'agir dans d'autres domaines

Par ailleurs, le rapport explicatif mentionne les principales problématiques relatives à la pénurie des soins et soins inadaptés (p.6-7) : des capacités insuffisantes en termes d'établissement appropriés, manque de soins psychiatriques et psychiques dans les régions rurales, manque d'offres intermédiaires, problèmes de financement des prestations de coordination, etc. Bien que le présent projet améliore indéniablement la prise en charge, d'autres mesures devront être prises par les acteurs (Confédération, cantons, fournisseurs de prestations, etc.) pour répondre à ces autres enjeux.

Augmentation des coûts

Comme le rapport de l'OFSP l'explique, une hausse des coûts va de pair avec les changements législatifs prévus. Il faut donc sensibiliser les politiques, les assureurs, l'administration et les autres acteurs concernés à cette prévision afin d'éviter toute surprise face à l'augmentation des coûts dans ce domaine. Une augmentation se justifie dans le sens où la prise en charge sera considérablement améliorée.

Assurer une prise en charge des personnes atteintes de maladies psychiques et somatiques graves

Bien que d'avantage de personnes auront un accès à une prise psychothérapie, il reste essentiel que les personnes souffrant de maladies psychiques et somatiques graves puissent également accéder à une prise en charge de haute qualité conforme à leurs besoins. Les psychiatres tout particulièrement doivent recevoir le soutien approprié afin que l'accès à une thérapie soit également amélioré pour les personnes atteintes de maladies psychiques et somatiques graves.

Remarques par rapport à certains articles

Art. 50c, OAMaI

Le CMPR salue l'uniformisation gage de qualité qu'entraîne cet article en demandant que les psychologues-psychothérapeutes soient titulaires d'un titre postgrade fédéral dans le domaine pour que leur activité soit prise en charge par l'AOS.

Art. 50c, al. 1 let. c, OAMaI

Selon le projet dans sa version actuelle, une fois leur formation postgrade achevée, les psychologues-psychothérapeutes devront acquérir une expérience clinique d'un an dans un établissement de psychiatrie et psychothérapie en plus des deux ans déjà demandé pour obtenir leur postgrade. Les raisons mentionnées sont que cette pratique clinique n'implique pas forcément tout l'éventail des troubles et l'interprofessionnalité nécessaires pour le traitement de maladies dans le cadre de la LAMaI. Pour le CMPR, il est impératif que la formation des psychologues-psychothérapeutes soit établie de façon à assurer une prise en charge de haute qualité des patientes et patients. De ce fait, une année supplémentaire d'expérience clinique est acceptable dans la mesure où elle serait effectuée dans un établissement qui recouvre un vaste éventail des troubles les plus fréquents rencontrés en

pratique et que cette expérience clinique supplémentaire puisse également avoir lieu durant la formation postgraduée. Il n'est pas compréhensible que le projet de loi actuel prévoit cette expérience clinique supplémentaire uniquement après l'achèvement de la formation postgraduée.

Par ailleurs, le CMPR rejette le fait que cette expérience puisse uniquement avoir lieu "sous la direction d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie". Le CMPR demande à ce que cette expérience puisse aussi être acquise sous la direction d'une psychologue-psychothérapeute, titulaire d'un titre postgrade fédéral. En effet, cette disposition créerait un nouvel obstacle non-justifié à la formation des psychothérapeutes et limite le nombre de place de formation, ce qui aura un impact sur la disponibilité des soins.

De plus, nous demandons que la liste des établissements de l'ISFM des catégories A et B, soit élargie, afin de garantir un nombre suffisant de places de formation pour les psychologues-psychothérapeutes en formation. Pour le CMPR il est essentiel que les psychologues-psychothérapeutes aient une expérience clinique suffisante leur permettant une prise en charge de haute qualité de l'ensemble des troubles auxquels ils peuvent être confrontés.

Art. 2, al. 1 let. b, OPAS

Avec l'ajout de cet article, il est demandé qu'un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final soient établis à l'aide d'instruments validés aussi bien pour la psychothérapie pratiquée par un psychologue que pour celle pratiquée par un médecin. Le CMPR demande à ce que cet article soit supprimé car ces mesures ne permettent pas d'assurer la qualité et l'adéquation des prestations fournies. D'une part, exercer un tel contrôle sur les personnes souffrant de maladies psychiques est une discrimination par rapport aux personnes souffrant de maladies somatiques. D'autre part, l'introduction d'un tel instrument poserait d'énormes problèmes aussi bien pour sa mise en œuvre que pour des questions de protection des données des patients, ainsi que pour les effets indésirables que cela pourrait avoir sur la décision d'un fournisseur de prestation de suivre ou non les patients ayant des troubles graves. Finalement, un tel instrument entrave la liberté thérapeutique des fournisseurs de prestations.

Art. 3b, al. 1, OPAS

Le CMPR est en faveur d'une limite de prescription à 40 séances avant de devoir demander à l'assurance une garantie de prise en charge au lieu des 30 proposées dans ce projet. La décision de réduire le temps de consultation n'est scientifiquement pas fondé. Les craintes de hausses injustifiées des coûts pour justifier le passage de 40 usuellement admis jusqu'ici à 30 sont injustifiées. Le CMPR demande donc que le nombre de séances soit établi à 40. Il y a par ailleurs aucune justification à ce que les psychiatres soient limités à 30 séances du fait que les psychologues-psychothérapeutes puissent à l'avenir facturer à la charge de l'AOS.

Le CMPR rejette également la limitation du temps maximal d'une séance à 60 minutes pour une thérapie individuelle et de 90 minutes pour une thérapie de groupe. De telles limitations n'ont pas leur place au niveau de l'ordonnance et doivent donc être supprimées. La nécessité ou non d'une prise en charge doit impérativement rester entre les mains du médecin.

Art. 11b, al. 2, OPAS

Le nombre maximal de séances de psychothérapie pratiquée par un psychologue est de quinze par prescription médicale. Le CMPR rejette cette disposition et demande 20 séances. La prescription de 20 séances est acceptable, tout particulièrement pour les thérapies à long terme. Dans le rapport de l'OFSP il est noté que les thérapies durent en moyenne plus de 30 séances. De ce fait, fixer 20 séances par prescription médicale et augmenter la limite des prescriptions à 40 séances avant de devoir demander une garantie à l'assurance fait plus de sens. Fixer la limite à moins de 20 séances est un facteur d'insécurité pour les patients. Cela induit une charge administrative et un coût supplémentaire pour les psychologues-psychothérapeutes comme pour les médecins faisant la prescription. Comme mentionné dans le cadre de l'art. 3b, al. 1, OPAS, le CMPR rejette également la limitation de la durée des séances au niveau de l'ordonnance.

Art. 11b, al. 3, OPAS

Le CMPR rejette ici encore la limitation de la durée des séances au niveau de l'ordonnance.

Art. 11b, al. 5, OPAS

Le processus relatif au rapport à transmettre à l'assurance une fois que le nombre de 40 séances est dépassé est à clarifier : le médecin prescripteur demande au psychologue-psychothérapeute le rapport avant l'échéance des séances prescrites, puis le psychologue-psychothérapeute rédige le rapport à l'intention du médecin prescripteur.

Adaptation des conditions d'admissions des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale

Le CMPR approuve cette adaptation où les conditions d'admission peuvent directement se référer à celles définies dans la LPSan.

Nous vous remercions de votre attention et vous prions de recevoir, Monsieur le Conseiller fédéral, nos salutations distinguées.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Héritier'.

François Héritier
Président du Collège
de Médecine de Premier Recours

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

Abkürzung der Firma / Organisation : LKPIB

Adresse : Inselspital, 3010 Bern

Kontaktperson : Dr. phil. Sven Schmutz, Leiter Kardiopsychologie, Universitätsklinik für Kardiologie

Telefon : 0041 31 632 68 36

E-Mail : sven.schmutz@insel.ch

Datum : 10.10.19

**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 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 |
| LKPIB | <p>Die LKPIB bedanken 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. Wir unterstützen den Schritt zur Abschaffung des Delegationsmodells hin zur Anerkennung der postgradualen Ausbildung von psychologischen Psychotherapeut*innen und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben. Wir sind der Meinung, dass durch das PsyG die nötige gesetzliche Grundlage besteht und diese Neuregelung somit eingeleitet werden kann. Die LKPIB bedanken sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir schätzen diese Vorarbeit und sind der Meinung, dass durch die zukünftige Zusammenarbeit eine qualitativ hochstehende, wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Patientenversorgung gefördert werden kann, was u.E. schlussendlich immer im Fokus stehen sollte.</p> |
| LKPIB | <p>Spezifische Sichtweisen der LKPIB:</p> <p>Als psychologische Psychotherapeut*innen im Spital behandeln wir Patient*innen, die aufgrund von somatischen Erkrankungen psychopathologische Belastungsreaktionen zeigen. Des weiteren behandeln wir psychische Erkrankungen, die mit einer somatischen Mitbeteiligung oder somatischen Folgen verbunden sind. Für die interdisziplinäre Behandlung dieser Störungsbilder auf der Grundlage eines biopsychosozialen Störungsmodells ist Psychotherapie indiziert und wird bei uns im Spital in den verschiedenen Kliniken und Ambulatorien evidenzbasiert angewendet, weiterentwickelt und in der Ausbildung an junge Psychotherapeut*innen weitervermittelt. Zu den Aufgabengebieten gehören die Behandlung von chronischen Schmerzerkrankungen, Psychoonkologie, Kardiopsychologie, Essstörungen, Schlafstörungen, funktionellen Bewegungsstörungen oder die psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten nach Schlaganfällen oder Hirnblutungen. Psychische Belastung durch eine somatische Erkrankungen ist ein typisches Phänomen. So erfüllen beispielsweise 15 – 40% der Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen die Diagnosekriterien einer Majoren Depression (Celano and Huffman 2011; Hare et al. 2014; Rutledge et al. 2014). Bei ca. einem Drittel der Patient*innen mit einer Krebskrankheit liegt auch eine psychopathologische Komorbidität vor (Mehnert et al. 2014). Diese Prävalenzen entsprechen einer zwei- bis dreifachen Risikoerhöhung verglichen mit der generellen Population (Kessler et al., 2003) und sind auf verschiedene schwere chronische Erkrankungen, die am Inselspital behandelt werden übertragbar. Schwere Essstörungen wie die Anorexia Nervosa haben eine Letalitätsrate von 5 %, die Chronifizierungsrate liegt bei 30% (Fichter, 2011). Die Wichtigkeit psychotherapeutischer Unterstützung von Patienten mit somatischen Erkrankungen begründet sich jedoch nicht nur durch die vorliegenden Prävalenzen psychologischer Belastungsreaktionen oder psychischen Erkrankungen mit somatischen Folgen. Vielmehr ist aus gesundheitspolitischer Sicht ebenfalls zu berücksichtigen, dass psychopathologische Auffälligkeiten starke, negative Auswirkungen auf den Verlauf von somatischen Erkrankungen haben können. Beispielsweise verschlechtert</p> |

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

| | |
|--|--|
| | <p>sich die Prognose nach einem akuten koronaren Syndrom (ACS) bei vorhandener Depression deutlich, was signifikant höhere Mortalitäts- sowie Rehospitalisationsraten umfasst (Vaccarino et al. 2019). Die Leitlinien internationaler Fachgesellschaften z.B. für Kardiologie, Onkologie, Schmerzerkrankungen oder Essstörungen empfehlen die Behandlung der jeweiligen Störungsbilder mit Psychotherapie oder unter Einbezug von Psychotherapie. In den spezialisierten ambulanten und stationären Behandlungsangeboten des Inselspitals für diese Erkrankungen, ist die psychologische Psychotherapie fester Bestandteil des interdisziplinären Vorgehens (e.g. Knuuti et al. 2019).</p> <p>Die psychotherapeutische Versorgung der beschriebenen Patientengruppen kann mit dem aktuellen Delegationsmodell kaum gewährleistet werden. Wartezeiten von mehreren Wochen resp. Monaten sind aufgrund der Zentralisierung von grossen Fallzahlen auf einzelne Psychater*innen die Norm. Dies ist vor allem kritisch bei Patienten, die nach Neudiagnosen sowie gesundheitlichen Akutereignissen (z.B. nach Reanimation bei Herzstillstand) eine zeitnahe psychologische Unterstützung benötigen, um die psychischen Belastungsreaktionen besser zu bewältigen. Eine Veränderung weg vom Delegationsmodell hin zum Anordnungsmodell würde diesen Versorgungsengpass verringern und den schnelleren Zugang zu psychologischer Fachunterstützung für unser Patientengut ermöglichen.</p> <p>Ein weiterer Grund, welcher für das Anordnungsmodell spricht, ist die Wertschätzung der ergänzenden Kompetenzen von Fachärzt*innen, Psychiater*innen und psychologischen Psychotherapeut*innen. Wir schätzen die Zusammenarbeit mit unseren jeweiligen fachärztlichen oder psychiatrischen Kolleginnen und Kollegen sehr und wissen im Spitalsetting bestens über den Wert und Nutzen ihrer somatisch-medizinischen Grundausbildung. Ergänzend dazu ist jedoch der Wert der psychologischen Grundausbildung der psychologischen Psychotherapeut*innen im Sinne einer integrativen Sicht gleichermassen zu berücksichtigen.</p> <p>Psychopathologien haben in der Regel Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten des Menschen und somit auf verschiedene Lebensbereiche. Beispielsweise hat eine Depression zusätzlich zur spezifischen Symptomatik (Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Gefühl von Hoffnungslosigkeit etc.) auch Auswirkungen auf die Familie, die Partnerschaft oder den beruflichen Alltag. Dementsprechend ist die subjektive Belastung der Patienten oft vor allem durch die Folgeprobleme der Psychopathologie (z.B. Konflikte innerhalb der Familie, Partnerschaft oder Probleme am Arbeitsplatz) begründet.</p> <p>Psychologische Psychotherapeut*innen verfügen über eine umfangreiche Grundausbildung in verschiedensten psychologischen Teildisziplinen (e.g. Arbeitspsychologie, Entwicklungspsychologie, Kommunikation, Sozialpsychologie etc.). Diese Grundausbildung ermöglicht zusätzlich zur symptomspezifischen Behandlung eine fachliche und wirkungsvolle Unterstützung in Bezug auf die entstandenen Folgeprobleme. Dies umfasst beispielsweise Erziehungsfragen, Interaktionelle Schwierigkeiten in der Partnerschaft/Familie und Problemprozesse bei der Arbeit. Diese ganzheitliche-multifaktorielle Perspektive der psychotherapeutischen Behandlung ist empirisch als besonders Wirkungsvoll zu betrachten (siehe dazu z.B. Grawe 2000, 2004). Für die Integration der verschiedenen Problembereiche in ein ganzheitliches Behandlungsmodell sind die psychologischen Psychotherapeut*innen prädestiniert und aufgrund ihres Hintergrundes auch spezialisiert.</p> <p>Bei der Behandlung von psychischen Belastungsreaktionen im Rahmen von somatischen Erkrankungen sind diese spezifischen Fähigkeiten</p> |
|--|--|

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

| | |
|-------|---|
| | <p>klinisch relevant, da die somatische Problematik durch das psychosoziale Problemspektrum erweitert wird, und damit die subjektive Belastung und Beeinträchtigung der Patienten noch komplexer wird. Hinzu kommt, dass solche Patient*innen durch die somatischen Problematiken oft auf verschiedenste medikamentöse Therapien mit entsprechenden Nebenwirkungen angewiesen sind (z.B. Chemotherapie, kardiovaskuläre Medikation) und deshalb bei der Behandlung der psychopathologischen Problematiken die psychologische psychotherapeutische Behandlung favorisieren, weil sie dadurch nach Möglichkeit auf zusätzliche Medikamente verzichten können. Eine wichtige Indikationen für eine Psychotherapie bei Patient*innen mit einer somatischen Problematik ist jedoch nicht allein die Reduktion der psychischen Belastung, sondern die Unterstützung und Förderung der Krankheitsverarbeitung und damit das Lernen mit den krankheits- und therapiebedingten Einschränkungen umzugehen. Für die Abrechnung der multimodalen stationären Behandlung der chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) ist die psychotherapeutische Behandlung verpflichtend. Auch hier werden durch das aktuelle Delegationsprinzip lange Wartezeiten von mehreren Wochen – Monaten generiert, welche durch ein Wechsel zum Anordnungsmodell reduziert werden könnten.</p> <p>Aufgrund der unterschiedlichen Grundausbildungen ist anzunehmen, dass sich die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei der integrativen Bearbeitung und Behandlung des gesamten psychosozialen Problemspektrums inkl. psychologische Folgeproblematiken der spezifischen Psychopathologien fachlich von den psychiatrischen Kolleginnen und Kollegen abheben. Dies sollte u.E. wertgeschätzt und als ergänzende Kompetenzen auf Augenhöhe berücksichtigt werden. Dies wäre bei einer Veränderung hin zum Anordnungsmodell der Fall.</p> <p>Die Veränderung hin zum Anordnungsmodell wird aufgrund des Versorgungsengpasses, den damit verbundenen strukturellen Problemen und der Anerkennung der Kompetenzen von psychologischen Psychotherapeut*innen im Inselspital auch von ärztlichen Kollegen befürwortet. Zu den Befürwortern gehören beispielsweise Prof. Dr. med. Matthias Wilhelm (Leiter Ambulante & Präventive Kardiologie, Sportmedizin) und PD Dr. med. Lukas Hunziker (Leiter Zentrum für Herzinsuffizienz).</p> |
| LKPIB | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die LKPIB klar stützen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die LKPIB sind 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*innen 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 sind die LKPIB mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten Ärzt*innen. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der Patient*innen erhöht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem |

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

| | |
|-------|--|
| | <p>einspart. Schwere und komplexe Störungsbilder können in dafür spezialisierten Ambulatorien z.B. am Inselspital behandelt werden, in denen ärztliche und psychotherapeutische Fachdisziplinen zusammenarbeiten. Das Anordnungsmodell würde zur Entlastung dieser Ambulatorien beitragen, da nach einer Akutbehandlung leichter an Psychotherapeut*innen in der Praxis triagiert werden kann.</p> |
| LKPIB | <p>Inhalte der Vorlage, welche die LKPIB ablehnen und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die LKPIB sind mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es sollte u.E. aber möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeut*in zu absolvieren. Da die Anpassung des Ausbildungsumfangs eine strategische Planung bzgl. der Anstellungen bei Beginn der Ausbildung erfordert, sollten die Psychotherapeut*innen, welche sich bei Inkrafttreten der Neuregelung bereits in Ausbildung befinden, noch nach dem alten Reglement abschliessen dürfen. Personen die nach Inkrafttreten der Regelung mit der Ausbildung beginnen, sollen das zusätzliche klinische Jahr absolvieren müssen. Die LKPIB ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie durch die anordnenden Ärzt*innen einverstanden. Der dazugehörige Bericht sollte u.E. aber von den behandelnden Psychotherapeut*innen verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden dürfen. |
| LKPIB | <p>Ergänzungen, welche die LKPIB vorschlagen, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeut*innen in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psycholog*innen in Ausbildung zu Psychotherapeut*innen nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die LKPIB verlangen jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeut*innen gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistent analog den Ärzt*innen angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nachsichziehen 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. Eine grosse Institution wie das Inselspital leistet bereits einen grossen Beitrag zur Ausbildung und Spezialisierung von psychologischen Psychotherapeut*innen. Diese sollte formalisiert und entsprechend der ärztlichen Ausbildung gefördert werden um die Qualität zu sichern und um die Versorgung der Patientinnen und Patienten in spezifischen Bereichen zu gewährleisten. Die klinische Ausbildung in einer Institution sollte unter der Leitung der psychologischen Psychotherapeut*innen erfolgen können, die in diesem Fachgebiet spezialisiert sind. |

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

| | |
|------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die LKPIB unterstützen grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, können sich die LKPIB eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. |
| Literatur: | <p>Celano, C. M., & Huffman, J. C. (2011). Depression and cardiac disease: A review. <i>Cardiology in Review</i>, 19(3), 130–142.</p> <p>Fichter, M. M. (2008). Epidemiologie der Essstörungen. In: Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S: Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer-Verlag 2008, 38–41</p> <p>Grawe, K. (2000). Psychologische Therapie. Hogrefe.</p> <p>Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Hogrefe.</p> <p>Hare, D. L., Toukhsati, S.R., Johansson, T., & Jaarsma, T. (2014). Depression and cardiovascular disease: a clinical review. <i>European Heart Journal</i>, 35(21), 1365–1372.</p> <p>Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K.R., Rush A.J., Walters E.E., Wang P.S. (2003). National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). <i>JAMA</i>, 289, 3095-3105.</p> <p>Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck-Brentano, C., ... & Agewall, S. (2019). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. <i>European heart journal</i>.</p> <p>Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., ... & Reuter, K. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. <i>Journal of Clinical Oncology</i>, 32(31), 3540-3546.</p> <p>Rutledge T., Reis V.A., Linke S.E., Greenberg B.H., Mills P.J. (2006). Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes, <i>J Am Coll Cardiol</i> 48, 1527-1537.</p> <p>Vaccarino, V., Badimon, L., Bremner, J. D., Cenko, E., Cubedo, J., Dorobantu, M., ... & Padro, T. (2019). Depression and coronary heart disease: 2018 ESC position paper of the working group of coronary pathophysiology and microcirculation developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines. <i>European heart journal</i>.</p> |

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| LKPIB | 45-50b | | | Keine Bemerkungen | |
| LKPIB | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der LKPIB unbestritten. Die LKPIB 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 LKPIB sehen aber keinen Vorteil in der geforderten Regelung, dass die zusätzliche Erfahrung von 12 Monaten klinischer Praxis nur nach Abschluss der Weiterbildung zu eidg. anerkannten Psychotherapeut*innen erfolgen kann. Die LKPIB begrüßen die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung und sind dafür, dass diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B sehen wir als sinnvoll jedoch kritisch bzgl. der Ausbildungsplätze. 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</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|-------|-----|---|--|--|---|
| | | | | <p>begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzt*innen).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von Fachärzt*innne in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die LKPIB schlägt daher folgende Anpassungen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung von Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie oder eidg. anerkannten Psychotherapeut*innen erfolgen können. | |
| LKPIB | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die LKPIB sind mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachten die LKPIB aber die grosse Knappheit der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze. Im Hinblick auf eine langfristige Sicherstellung der Versorgung und um eine Verknappung an</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> |

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

| | | | | | |
|-------|----------------|-------|--|---|--|
| | | | | <p>Ausbildungsplätzen zu verhindern, schlagen die LKPIB folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeut*innen zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs. 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| LKPIB | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| LKPIB | Übergangsbest. | 1 & 2 | | <p>Die LKPIB begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeut*innen. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag: 2. Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen oder sich bereits in einem</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| | | | | Die LKPIB möchte bemerken, dass die Planung der Ausbildungsstellen strategische Entscheide bzgl. der Ausbildungsplätze bereits bei Beginn der Ausbildung benötigt. Die LKPIB schlägt deshalb vor, dass Personen, die sich bei Inkrafttreten der Neuregelung bereits in Ausbildung zur Psychotherapeut*in befinden, die Ausbildung nach dem alten Reglement (mit zwei klinischen Jahren absolvieren können). Personen, die die Ausbildung nach Inkrafttreten beginnen, sollen die Ausbildung nach der Neuregelung absolvieren. | akkreditierten Weiterbildungsgang in Psychotherapie befinden , müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen. |
|--|--|--|--|---|---|

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) |
| LKPIB | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| LKPIB | 2 | 1 | b | Keine Bemerkungen - die LKPIB unterstützen und befürworten die systematische Evaluation von psychotherapeutischen Behandlungen. | |
| LKPIB | 3 | | | Keine Bemerkungen | |
| LKPIB | 3b | | | Keine Bemerkungen | |
| LKPIB | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |

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

| | | | | | |
|-------|---------------------|---|---|--|---|
| LKPIB | 11b | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| LKPIB | 11b | 1 | b | Keine Bemerkungen | |
| LKPIB | 11b | 2 | | Keine Bemerkungen | |
| LKPIB | 11b | 3 | | Keine Bemerkungen | |
| LKPIB | 11b | 4 | | Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung wird gemäss Art. 11 Abs. 5 vorgeschlagen. | Antrag auf Streichung Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht. |
| LKPIB | 11b | 5 | | Die Berichte nach 30 Stunden sollten von den fallverantwortlichen Psychotherapeut*innen erstellt und verrechnet werden und nicht von anordnenden Ärzt*innen. | Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 30 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. |
| LKPIB | Übergangsbestimmung | | | 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 : Medizinische Gesellschaft Basel-Stadt

Abkürzung der Firma / Organisation : MedGes

Adresse : Freie Strasse 3/5, 4001 Basel

Kontaktperson : Dr. iur. Jennifer Langloh

Telefon : 061 560 15 15

E-Mail : jennifer.langloh@medges.ch

Datum : 03.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.10.2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen

| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
|------------|---|
| MEDGES | <p>Die Medizinische Gesellschaft Basel-Stadt (MEDGES) lehnt die Verordnungsänderungen der KLV und der KVV in der vorliegenden Form ab.</p> <p>Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verstärken.</p> <p>Begründung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In Krisen- und Notfallsituationen braucht es psychiatrisches Notfallfachwissen inkl. Expertise in somatischer Medizin, Forensik, Psychiatrie und Psychopharmakotherapie, über welches die psychologischen Psychotherapeuten nicht verfügen. 2. Die Analyse der Versorgungssituation psychisch kranker Menschen in der Schweiz zeigt verglichen mit dem Ausland, eine hohe Dichte an Psychiatern und psychologischen Psychotherapeuten, hingegen eine geringe Zahl von Psychiatrie-Pflegefachpersonen. 3. Eine Unterversorgung mit Psychotherapeuten (Ärzte und Psychologen) ist nicht ausgewiesen 4. Bei unbeschränktem Zugang zum Psychologiestudium und der Psychotherapieausbildung ist mit einer Zunahme der psychologischen Psychotherapeuten zu rechnen, was unweigerlich zur Mengenausweitung in der Versorgung führen wird. 5. Es besteht deshalb kein Anlass, den „Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen zu vereinfachen“. 6. Festgestellt wird zu Recht ein Mangel an intermediären Angeboten welches nicht durch psychologische Psychotherapeuten verbessert würde. 7. Um die festgestellten effektiven Versorgungslücken in der psychiatrischen Grundversorgung zu füllen, braucht es 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**

| | |
|--|--|
| | <p>ein Mehrangebot von Psychotherapeuten, sondern eine bessere Notfallversorgung durch interdisziplinäre Teams, die medizinische, pflegerische und soziale Betreuung im Alltag leisten.</p> <p>8. Bei zu erwartender Mengenausweitung im Bereich „Befindlichkeitsstörung“ und leichter psychischer Störungen würden in Zukunft die Mittel zur Versorgung der schweren psychischen Störungen fehlen, was sogar zu einer Verschlechterung der Versorgungslage führen würde (Fehlversorgung!).</p> <p>9. Diesbezüglich bedarf es einer Versorgungsplanung, die sich auf eine wissenschaftlich erhobene Bedarfsanalyse stützt.</p> <p>10. Es wird zu den in der Schweiz tätigen psychologischen Psychotherapeuten noch eine deutliche Zuwanderung von psychologischen Psychotherapeuten aus dem Grenzland (EU) dazukommen und die Mengenausweitung verstärken.</p> <p>11. Weiter dürften staatliche psychologisch-psychotherapeutisch stützende Angebote, die aktuell durch die öffentliche Hand durch Leistungsvereinbarungen finanziert werden, in Zukunft über Krankenkassenleistungen abgegolten werden, was einen weiteren Kostenschub generiert.</p> <p>12. Psychologische Psychotherapeuten behandeln heute auch Vieles, was nicht als Krankheit, sondern als Befindlichkeitsstörung einzustufen ist. Es ist davon auszugehen, dass Menschen mit Befindlichkeitsstörungen, die bis anhin selber zahlten, froh sein werden, wenn neu die Grundversicherung die Kosten übernimmt.</p> <p>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. Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell hinterlässt den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> |
|--|--|

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|--|------|------|------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| MEDGES | 50 | 1 | c | <p>Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B).</p> <p>Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen.</p> <p>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</p> | <p>...eine klinische Erfahrung von mindestens fünf Jahren in einer vom schweizerischen vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung; davon drei Jahre in einer Einrichtung der Kategorie A mit Aufnahmepflicht mit breitem Krankheitsspektrum.</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>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 Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Die 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, <u>kaum messbare „Fortschritte“</u> zeigen werden. Sie werden grosse Mühe haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten (vgl. auch Bemerkung weiter unten Art. 2, Abs. 1, Bst. b) KVV)</p> <p>Durch die <u>fehlende Zulassungssteuerung</u> und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p>FORDERUNG: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen PsychotherapeutInnen bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wir fordern eine Verlängerung der klinischen postgradualen</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen und zwingend 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.</p> <p>Begründung: Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. 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,</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>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 <u>5 Jahre fachspezifische Weiterbildung</u> analog den Anforderungen für den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharztstitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>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 fordern wir, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|--------|--|--|--|---|---|
| MEDGES | | | | <p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Personen zu behandeln, obwohl sie als Therapeuten nur über ein Jahr klinische Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art. 11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Die MEDGES erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p> <p>Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist entsprechend explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologische Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt liegt.</p> | <p>STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen</p> |
|--------|--|--|--|---|---|

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KLV)

| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag |
|------------|------|------|------|--------------------|-------------------------------|
|------------|------|------|------|--------------------|-------------------------------|

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

| | | | | | (Textvorschlag) |
|--------|---|---|--|---|---|
| MEDGES | | | | <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten.</p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt!</p> | Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab. |
| MEDGES | 2 | 1 | | <p>Evaluationsinstrumente</p> <p>Da bekannt ist, dass Fragebögen nur als Ergänzung zur klinischen Untersuchung von Bedeutung sind, und die Erfassung der Einstiegsbeschwerden und deren Verlauf sowie auch deren Erfolg ohnehin integraler Teil jeder ärztlich medizinischen Behandlung sind, bedeutet diese Massnahme ausser Kosten keine Verbesserung der</p> | Für die ärztliche Psychotherapie 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Patientenversorgung, oder der Wirtschaftlichkeit.</p> <p>Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Gegebenenfalls können, abhängig vom Krankheitsbild, zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z. B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat.</p> <p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, präferiert doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>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 sehr hohen Effektstärken.</p> <p>Die grosse Gefahr besteht darin, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbaren Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen. Auch dies würde zu einer Verschlechterung führen!</p> <p><i>FORDERUNG:</i> Die Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie BS fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|--------|---|---|--|--|---|
| MEDGES | 3 | a | | <p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der Verordnungsänderung zu erwartenden Mengenausweitung als Argument einer kostendämpfenden Massnahme zu dienen. Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken und sind eine Beeinträchtigung für die Therapie (Stichworte Vertrauensbildung und Sicherheit).</p> <p>Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher, ohne erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. -zahler.</p> <p>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</p> | <p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien</p> <p>Beibehaltung des aktuellen Vorgehens mit regelmässigen Kostengutsprachen bei Bedarf, initial nach 40 Sitzungen für Ärzte.</p> |
| MEDGES | 3 | b | | <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> | |

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

| | | | | | |
|--------|----|---|--|---|---|
| | | | | <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen (z. B. Traumatherapie) werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es <u>fehlt eine wissenschaftliche Begründung</u> der Reduktion auf 60 Minuten pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer <u>Rationierung</u> einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p> <p>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</p> | |
| MEDGES | 11 | a | | <p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen,</p> | <p>Auf Anordnung eines Arztes 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) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin,</p> <p>oder eines somatischen Arztes mit</p> |

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

| | | | | | |
|--------|----|---|--|--|---|
| | | | | <p>beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.</p> <p>FORDERUNG: Die Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie BS verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</p> <p>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die MEDGES die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</p> | <p>mindestens zwei Jahren Weiterbildung in einer psychiatrischen Institution.</p> <p>Alternativ:</p> <p>auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und – psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p> |
| MEDGES | 11 | b | | <p>Mit dem aktuell vorgeschlagenen Weiterbildungsmodell sind psychotherapeutische Psychologen nicht genügend ausgebildet um Krisenintervention anzubieten, Suizidalität adäquat einzuschätzen und auch nicht um Patientinnen mit komplexen psychiatrischen Erkrankungen zu behandeln.</p> <p>Dieser Mangel in der Weiterbildung kann nicht durch häufigere Berichte an den Versicherer kompensiert werden.</p> | <p>Ersatzlos streichen, ausser wenn das Weiterbildungsmodell verändert wird.</p> <p>Psychotherapeutische Psychologen brauchen eine ausreichende klinische Ausbildung in einer psychiatrischen Klinik, dabei lernen sie auch selber Diagnosen zu stellen und medizinische Berichte zu schreiben. Eine psychosoziale Institution oder die Tätigkeit in</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>der Privatpraxis reichen dafür nicht aus.</p> <p>Ad Ausbildung der psychotherapeutischen Psychologen: siehe oben.</p> |
|--|--|--|--|--|--|

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

| Weitere Vorschläge | | | |
|--------------------|------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| MEDGES | | <p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Ordnungsänderung) durchzuführen ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung betrachtet eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend!</p> <p>FORDERUNG: Die SGPP und die SGKJPP sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.</p> | <p>Eine Ergebnisevaluation dieser Ordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung</p> |
| MEDGES | | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung</p> | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Praxen. | |
| MEDGES | | <p>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 könnten.</p> <p>Es würde den angestrebten Verordnungs-änderungen gut anstehen, deren Ausgestaltung durch ein interdisziplinäres ExpertInnengremium der betroffenen Fachorganisationen nochmals grundsätzlich zu überdenken.</p> <p>Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines ähnlichen Systems, wie Sie es nun in der Schweiz vorschlagen, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben aber trotzdem lange.</p> <p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> | |

Département fédéral de l'intérieur
Monsieur le Conseiller fédéral
Alain Berset
Par e-mail à :

[Leistungen-
Krankenversicherung
@bag.admin.ch;](mailto:Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch)
gever@bag.admin.ch

Berne, le 18 septembre 2019

Consultation: Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) 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'admissions des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale

Réponse de l'association Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe)

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous vous remercions de nous offrir l'opportunité de participer à la consultation relative aux objets susmentionnés. mfe - Médecins de famille et de l'enfance Suisse représente les intérêts professionnels des médecins de famille et de l'enfance au niveau national.

mfe soutient la pétition lancée par la Fédération Suisse des Psychologues (FSP), l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP) et l'Association professionnelle Suisse de Psychologie Appliquée (SBAP) intitulée « Eliminer les obstacles – Garantir la prise en charge des maladies psychiques ». De ce fait, mfe remercie le Conseil fédéral d'avoir lancé cette consultation qui prévoit de passer du modèle de la délégation à celui de la prescription. Le modèle en vigueur est injuste et entrave une prise en charge des soins de qualité.

Appréciation générale

mfe se réjouit des nombreuses améliorations que ce projet de loi apporte. Pour les médecins de famille et de l'enfance la situation présente est insatisfaisante. Dans leur quotidien, il arrive trop souvent que les enfants, jeunes et adultes qui devraient suivre une psychothérapie, ne puissent pas être pris en charge de manière appropriée en raison des longs délais d'attente. Les conséquences sont désastreuses autant pour les personnes dans le besoin que pour le système de santé. Les problèmes psychiques se compliquent avec le temps ce qui accentue les souffrances des personnes concernées. Il en résulte des séjours hospitaliers onéreux, la prise de médicaments et des arrêts de travail – ce qui représente des coûts pour la société dans son ensemble. Ce modèle engendre par ailleurs une iniquité où les personnes qui ont les moyens peuvent suivre une thérapie en la payant de leur poche ou à travers leur assurance complémentaire.

Nous regrettons cependant que le projet de loi ait été élaboré sans la consultation préalable des psychiatres et des psychologues-psychothérapeutes, directement concernés dans leur travail quotidien par la modification envisagée. Nous prions donc l'administration fédérale à inviter les prestataires de soins concernés à participer à la conception de cette modification législative. Leur implication est essentielle, elle contribuera à améliorer la qualité et cohérence des modifications législatives prévues et par conséquent de la prise en charge future des patientes et patients.

Renforcement de la médecine de famille et de l'enfance

La mesure principale de ce projet consiste de passer d'un modèle où la prise en charge par des psychologues-psychothérapeutes ne peut être remboursée par l'AOS uniquement si elle a été déléguée et fournie sous la surveillance de psychiatres (ou médecins autorisés) dans les locaux de ces derniers, à un modèle où les psychothérapies pourront être prescrites par des médecins issus de diverses spécialisations, entre autres par un médecin de famille ou un pédiatre. mfe se réjouit de la reconnaissance et du renforcement de la médecine interne générale et de la pédiatrie que ce projet englobe. Le médecin de famille et le pédiatre ont acquis dans le cadre de leur formation des compétences médicales, pharmacologiques et psychosociales qui leur permettent de prendre en charge une partie des troubles psychiques. Par ailleurs, proche des besoins et détenant une connaissance approfondie du contexte de vie de la personne,

l'approche des médecins de famille et des pédiatres permet d'intégrer les soins psychiques et psychiatriques dans une vision globale des patientes et patients. Dans les situations qui demandent des compétences en santé mentale plus approfondies, les médecins de famille et les pédiatres pourront prescrire des consultations auprès des psychiatres ou psychologues-psychothérapeutes en fonction des cas.

Favoriser la collaboration interprofessionnelle

Peu importe le système choisi, il n'en reste pas moins que la collaboration interprofessionnelle est un facteur clé d'une prise en charge continue réussie. Or, comme le dit le rapport explicatif, les équipes interprofessionnelles sont encore peu établies en Suisse. Le rôle-clé du médecin généraliste se voit renforcé dans ce projet ce qui va de pair avec un besoin de collaboration interprofessionnelle accru entre le médecin de famille ou le pédiatre et le psychiatre ou les psychologues-psychothérapeutes dans les cas où cela s'avère nécessaire.

Consciente de l'importance de la collaboration interprofessionnelle, mfe vise à promouvoir et développer des modèles de collaboration interprofessionnelle depuis de nombreuses années déjà. Pour une collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire réussie, il est essentiel que des conditions-cadres qui lui sont favorables soient mises sur pied, comme par exemple une position tarifaire adéquate pour coordonner la prise en charge des patientes et patients entre les différents intervenants et établissements. mfe demande à ce que le système prévoit un financement adéquat permettant le renforcement de l'échange interprofessionnelle nécessaire à une collaboration réussie.

Nécessité d'agir dans d'autres domaines

Par ailleurs, le rapport explicatif mentionne les principales problématiques relatives à la pénurie des soins et soins inadaptés (p.6-7) : des capacités insuffisantes en termes d'établissement appropriés, manque de soins psychiatriques et psychiques dans les régions rurales, manque d'offres intermédiaires, problèmes de financement des prestations de coordination, etc. Bien que le présent projet améliore indéniablement la prise en charge, d'autres mesures devront être prises par les acteurs (Confédération, cantons, fournisseurs de prestations, etc.) pour répondre à ces autres enjeux.

Augmentation des coûts

Comme le rapport de l'OFSP l'explique, une hausse des coûts va de pair avec les changements législatifs prévus. Il faut donc sensibiliser les politiques, les assureurs, l'administration et les autres acteurs concernés à cette prévision afin d'éviter toute surprise face à l'augmentation des coûts dans ce domaine. Une augmentation se justifie dans le sens où la prise en charge sera considérablement améliorée.

Assurer une prise en charge des personnes atteintes de maladies psychiques et somatiques graves

Bien que d'avantage de personnes auront un accès à une prise psychothérapie, il reste essentiel que les personnes souffrant de maladies psychiques et somatiques graves puissent également accéder à une prise en charge de haute qualité conforme à leurs besoins. Les psychiatres tout particulièrement doivent recevoir le soutien approprié afin que l'accès à une thérapie soit également amélioré pour les personnes atteintes de maladies psychiques et somatiques graves.

Remarques par rapport à certains articles

Art. 50c, OAMaI

mfe salue l'uniformisation gage de qualité qu'entraîne cet article en demandant que les psychologues-psychothérapeutes soient titulaires d'un titre postgrade fédéral dans le domaine pour que leur activité soit prise en charge par l'AOS.

Art. 50c, al. 1 let. c, OAMaI

Selon le projet dans sa version actuelle, une fois leur formation postgrade achevée, les psychologues-psychothérapeutes devront acquérir une expérience clinique d'un an dans un établissement de psychiatrie et psychothérapie en plus des deux ans déjà demandé pour obtenir leur postgrade. Les raisons mentionnées sont que cette pratique clinique n'implique pas forcément tout l'éventail des troubles et l'interprofessionnalité nécessaires pour le traitement de maladies dans le cadre de la LAMaI. Pour mfe, il est impératif que la formation des psychologues-psychothérapeutes soit établie de façon à assurer une prise en charge de haute qualité des patientes et patients. De ce fait, une année supplémentaire d'expérience clinique est acceptable dans la mesure où elle serait effectuée dans un établissement qui recouvre un vaste éventail des troubles les plus fréquents rencontrés en pratique et que cette

expérience clinique supplémentaire puisse également avoir lieu durant la formation postgraduée. Il n'est pas compréhensible que le projet de loi actuel prévoit cette expérience clinique supplémentaire uniquement après l'achèvement de la formation postgraduée.

Par ailleurs, mfe rejette le fait que cette expérience puisse uniquement avoir lieu "sous la direction d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie". mfe demande à ce que cette expérience puisse aussi être acquise sous la direction d'une psychologue-psychothérapeute, titulaire d'un titre postgrade fédéral. En effet, cette disposition créerait un nouvel obstacle non-justifié à la formation des psychothérapeutes et limite le nombre de place de formation, ce qui aura un impact sur la disponibilité des soins.

De plus, nous demandons que la liste des établissements de l'ISFM des catégories A et B, soit élargie, afin de garantir un nombre suffisant de places de formation pour les psychologues-psychothérapeutes en formation. Pour mfe il est essentiel que les psychologues-psychothérapeutes aient une expérience clinique suffisante leur permettant une prise en charge de haute qualité de l'ensemble des troubles auxquels ils peuvent être confrontés.

Art. 2, al. 1 let. b, OPAS

Avec l'ajout de cet article, il est demandé qu'un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final soient établis à l'aide d'instruments validés aussi bien pour la psychothérapie pratiquée par un psychologue que pour celle pratiquée par un médecin. mfe demande à ce que cet article soit supprimé car ces mesures ne permettent pas d'assurer la qualité et l'adéquation des prestations fournies. D'une part, exercer un tel contrôle sur les personnes souffrant de maladies psychiques est une discrimination par rapport aux personnes souffrant de maladies somatiques. D'autre part, l'introduction d'un tel instrument poserait d'énormes problèmes aussi bien pour sa mise en œuvre que pour des questions de protection des données des patients, ainsi que pour les effets indésirables que cela pourrait avoir sur la décision d'un fournisseur de prestation de suivre ou non les patients ayant des troubles graves. Finalement, un tel instrument entrave la liberté thérapeutique des fournisseurs de prestations.

Art. 3b, al. 1, OPAS

mfe est en faveur d'une limite de prescription à 40 séances avant de devoir demander à l'assurance une garantie de prise en charge au lieu des 30 proposées dans ce projet. La décision de réduire le temps de consultation n'est scientifiquement pas fondé. Les craintes de hausses injustifiées des coûts pour justifier le passage de 40 usuellement admis jusqu'ici à 30 sont injustifiées. mfe demande donc que le nombre de séances soit établi à 40. Il y a par ailleurs aucune justification à ce que les psychiatres soient limités à 30 séances du fait que les psychologues-psychothérapeutes puissent à l'avenir facturer à la charge de l'AOS.

mfe rejette également la limitation du temps maximal d'une séance à 60 minutes pour une thérapie individuelle et de 90 minutes pour une thérapie de groupe. De telles limitations n'ont pas leur place au niveau de l'ordonnance et doivent donc être supprimées. La nécessité ou non d'une prise en charge doit impérativement rester entre les mains du médecin.

Art. 11b, al. 2, OPAS

Le nombre maximal de séances de psychothérapie pratiquée par un psychologue est de quinze par prescription médicale. mfe rejette cette disposition et demande 20 séances. La prescription de 20 séances est acceptable, tout particulièrement pour les thérapies à long terme. Dans le rapport de l'OFSP il est noté que les thérapies durent en moyenne plus de 30 séances. De ce fait, fixer 20 séances par prescription médicale et augmenter la limite des prescriptions à 40 séances avant de devoir demander une garantie à l'assurance fait plus de sens. Fixer la limite à moins de 20 séances est un facteur d'insécurité pour les patients. Cela induit une charge administrative et un coût supplémentaire pour les psychologues-psychothérapeutes comme pour les médecins faisant la prescription. Comme mentionné dans le cadre de l'art. 3b, al. 1, OPAS, mfe rejette également la limitation de la durée des séances au niveau de l'ordonnance.

Art. 11b, al. 3, OPAS

mfe rejette ici encore la limitation de la durée des séances au niveau de l'ordonnance.

Art. 11b, al. 5, OPAS

Le processus relatif au rapport à transmettre à l'assurance une fois que le nombre de 40 séances est dépassé est à clarifier : le médecin prescripteur demande au psychologue-

psychothérapeute le rapport avant l'échéance des séances prescrites, puis le psychologue-psychothérapeute rédige le rapport à l'intention du médecin prescripteur.

Adaptation des conditions d'admissions des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale

mfe approuve cette adaptation où les conditions d'admission peuvent directement se référer à celles définies dans la LPSan.

Nous vous remercions de votre attention et vous prions de recevoir, Monsieur le Conseiller fédéral, nos salutations distinguées.



Philippe Luchsinger
Président de l'association Médecins
de famille et de l'enfance Suisse



medical women switzerland
ärztinnen schweiz
femmes médecins suisse
donne medico svizzera

EDI
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
des Bundesamtes für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

als PDF per E-Mail an:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch,
gever@bag.admin.ch

Sekretariat mws

Stampfenbachstrasse 52
8006 Zürich

Tel. 044 714 72 30

Fax 044 714 72 31

sekretariat@medicalwomen.ch

www.medicalwomen.ch

Zürich, 8. 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)

Ihre Einladung zur Stellungnahme vom 26. Juni 2019

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne möchten wir uns im Namen und im Auftrag von mws medical women switzerland für Ihre Einladung zur Stellungnahme vom 26. Juni 2019 bedanken und Ihnen mitteilen, dass mws auf eine inhaltliche Stellungnahme verzichtet.

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Adelheid Schneider-Gilg

Präsidentin

RA lic. iur. Judith Naef

Geschäftsführerin und Verbandsjuristin

Das Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP) unterstützt die Stellungnahme des FSP zuhanden des BAG zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung der Krankenpflege-Leistungsverordnung betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um niederschwellige psychotherapeutische Hilfen, insbesondere auch in Krisen- und Notfallsituationen.

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

Abkürzung der Firma / Organisation : NWP

Adresse : Feldstrasse 27, 4900 Langenthal

Kontaktperson : Linda Rezny

Telefon : 078 646 37 88

E-Mail : linda.rezny@psychologie.ch

Datum : 22.09.2019

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento degli psicoterapeuti psicologi nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

Parere di

Nome / ditta / organizzazione: ORDINE DEI MEDICI DEL CANTONE TICINO

Sigla della ditta / dell'organizzazione: OMCT

Indirizzo: Via Cantonale 8 – 6805 Mezzovico

Persona di contatto: dr. med. Franco Denti, Presidente

Telefono: 091 930 63 00

E-mail: info@omct.ch

Data: 9.08.2019

Indicazioni importanti:

1. La preghiamo di non modificare la formattazione del modulo e di compilare unicamente i campi di colore grigio.
2. Utilizzare una sola riga per ciascun articolo, capoverso e lettera o per ciascun capitolo del rapporto esplicativo.
3. La invitiamo a inviare il Suo parere in formato Word per e-mail entro il/l' **data** ai seguenti indirizzi e-mail:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Grazie per la collaborazione!

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento degli psicoterapeuti psicologi nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

Osservazioni generali

| Nome/ditta | Osservazione/suggerimento |
|------------|--|
| | <p>– Per quanto concerne l'accesso alla psicoterapia in Ticino, nei centri urbani, non siamo a conoscenza di difficoltà o liste d'attesa particolari, mentre potrebbe essere più complicato accedere alla psicoterapia per bambini e adolescenti o trovare psicoterapeuti nelle valli o nelle zone discoste. L'aumento del numero di psicologi psicoterapeuti non porterebbe automaticamente un miglioramento della situazione in quanto come già oggi, la maggior parte di loro praticherebbero nei grandi centri dove già ora vi è una buona copertura. Pensiamo quindi che questo non sia un argomento valido a sostegno dell'idea di cambiare la legge.</p> |
| | <p>– L'aumento del numero di operatori a carico della LAMal comporterà un grande aumento dei costi, ben maggiore di quanto stimato dal Consiglio Federale. Questo anche a causa dell'apertura alla prescrizione della psicoterapia psicologica anche a medici che non hanno nessuna formazione in psichiatria (ginecologi, internisti,...). Nei fatti ci potranno essere più facilmente abusi, nel senso di psicoterapie a carico della LAMal per persone che non hanno una malattia psichica, ma vogliono fare un lavoro su loro stessi o conoscersi meglio. Se sono gli psichiatri a fare da filtro alla psicoterapia psicologica questo rischio prob. si riduce, poiché le indicazioni sarebbero poste con maggiore pertinenza.</p> <p>Ci sembra inoltre grave che si consideri che qualunque medico abbia le competenze psichiatriche necessarie per una valutazione psichiatrica specialistica (un po' come dire che ogni medico può mettere un gesso se incontra un paziente con un braccio rotto). Riteniamo questa visione lesiva della nostra professionalità e pericolosa per i pazienti. Essi potrebbero soffrire di una patologia psichiatrica maggiore presa a carico dal sistema sanitario senza mai vedere uno specialista psichiatria e psicoterapia. Sarebbe questo un passo avanti?</p> <p>In Svizzera ogni psichiatra ha la doppia specialità anche in psicoterapia (con l'obbligo di una formazione che dura per la psicoterapia medica dai 3 ai 4 anni in scuole specialistiche riconosciute). Queste competenze specifiche unitamente alla competenza per la presa a carico di pazienti psichiatrici gravi non sono presenti in colleghi medici non psichiatri. Pare strano che queste evidenze non vengano riconosciute dal legislatore.</p> <p>Per questo ci opponiamo all'idea che qualunque medico in caso di urgenza e un grande numero di medici negli altri casi (ad esempio un ginecologo) possano prescrivere una cura per la quale non hanno nessuna formazione, e valutarne dopo 30 sedute l'efficacia.</p> |
| | <p>Un altro punto sul quale non possiamo essere d'accordo è la diminuzione del numero di sedute coperte dalla LAMal e il fatto che queste non potranno più essere prese a carico dalle assicurazioni complementari.</p> |
| | <p>– 15 sedute ed ev altre 15 per un totale di 30 sono per molti casi poche. Cosa succede se un paziente necessita di ulteriori sedute? come saranno presi a carico i pazienti gravi con patologie maggiori o disturbi di personalità seri che necessitano di una presa a carico di lungo corso?</p> <p>– Se questa ordinanza ha lo scopo di facilitare l'accesso alle cure vi è il rischio concreto che le cure non potranno più essere garantite per il tempo necessario.</p> |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento degli psicoterapeuti psicologi nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | |
|--|--|
| | Pazienti inoltre con la franchigia alta, che anche per questo preferiscono oggi recarsi da uno psicoterapeuta per una psicoterapia psicologica a carico delle assicurazioni complementari, eviteranno un contatto specialistico per problemi di costi. Questo paradossalmente comporterà una maggiore difficoltà di accesso alla psicoterapia psicologica per una fetta importante di popolazione (spesso la più vulnerabile). |
| | – Questa proposta presenta dei grossi rischi di dumping, perché se la psicoterapia psicologica costerà la metà o magari meno della psicoterapia medica (quanto sarà la tariffa oraria riconosciuta agli psicologi psicoterapeuti?), e saranno entrambe riconosciute dalla LAMal, ci sarà una pressione enorme da parte delle casse malati per far fare tutte le psicoterapie agli psicologi. Questo porterà ad una diminuzione delle psicoterapie mediche che con la loro specificità hanno delle indicazioni che non possono essere sostituite dalle psicoterapie psicologiche. Di fatto quindi vi sarà una ulteriore minore copertura sanitaria della popolazione che necessita di aiuto psicoterapico. |
| | – Da ultimo mentre dal lato formale e legale vi è sicuramente una maggior dignità della figura dello psicoterapeuta psicologo e una sua maggior responsabilità, non siamo sicuri che per la categoria vi saranno dei vantaggi economici o professionali chiari. Abbiamo notizia che anche parte delle società cantonali degli psicologi sono contro questo cambiamento. Molto dipenderà infatti da quali saranno le tariffe applicate alla psicoterapia psicologica e se continuerà ad esser possibile in futuro un lavoro in rete con gli psichiatri. Questo oggi arricchisce professionalmente tutte le parti in causa e di questo beneficia in ultima analisi il paziente il cui benessere deve rimanere la nostra preoccupazione ultima. |
| | |

Per eliminare singole tabelle dal modulo o aggiungere nuove righe, disattivare la protezione in «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni nell'allegato.

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

Abkürzung der Firma / Organisation : OSPP

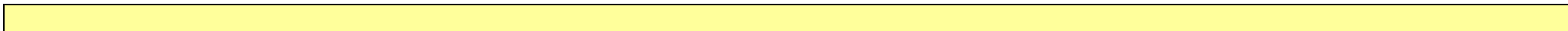
Adresse : Brauerstrasse 46, 9016 St. Gallen

Kontaktperson : Margot Vogelsanger

Telefon : 076 579 79 38

E-Mail : praesidium@ospp.ch

Datum : 10.10.2019



**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 |
| OSPP | Der OSPP 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. Der OSPP 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. |
| OSPP | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche der OSPP klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der OSPP 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 der OSPP 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. |
| OSPP | <p>Inhalte der Vorlage, welche der OSPP ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der OSPP 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. • Der OSPP lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Der OSPP 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. • Der OSPP lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in |

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

| | |
|------|--|
| | <p>den Tarifverträgen geregelt werden. Der OSPP verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der OSPP 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. • Der OSPP 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. |
| OSPP | <p>Ergänzungen, welche der OSPP vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Der OSPP 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 OSPP braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Der OSPP unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich der OSPP eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Der OSPP fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
| OSPP | <p>Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Stellungnahme auf die gemeinsame Nennung der männlichen und weiblichen Form verzichtet. Wenn nicht anders angegeben, sind immer beide Geschlechter gemeint.</p> |

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| OSPP | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| OSPP | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen anpasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| OSPP | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.</p> | |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---|--|---|
| OSPP | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht des OSPP unbestritten. Der OSPP 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. Der OSPP 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. Der OSPP begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für den OSPP ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |
|------|-----|---|---|--|---|

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---------|---|---|
| | | | | <p>zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Der OSPP fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt der OSPP ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| OSPP | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Der OSPP fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| OSPP | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Der OSPP ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----------|--|--|--|--|
| | | | | <p>Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet der OSPP 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 der OSPP folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| OSPP | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| OSPP | (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 | Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie: a) Nach der Gesetzgebung des |

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

| | | | | | |
|------|----------------|-------|--|---|---|
| | | | | https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html . | <p>Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;</p> <p>b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;</p> <p>c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen</p> <p>d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;</p> <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| OSPP | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Der OSPP 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. | |
| OSPP | Übergangsbest. | 3 | | Der OSPP 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 | Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstagen a-c, e und f [...] |

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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, welche die Neuropsychologen angemessen berücksichtigt, nicht an die Bewilligung knüpfen, sondern an die bisherige Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. | |
|--|--|--|--|--|--|

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) |
| OSPP | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| OSPP | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Der OSPP 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: <ul style="list-style-type: none"> Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist | 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der Eingangsdiaagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen. • Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Der OSPP schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|-----|---|--|--|---|--|
| OSP | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Der OSP ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Der OSP ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |
|-----|---|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|------|-----|--|---|--|---|
| | | | | 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. | |
| OSPP | 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 [...] |
| OSPP | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| OSPP | 11b | 1 | a | Anordnungsbefugte Ärzte Der OSPP 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. Der OSPP geht | 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**

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|--|
| | | | | <p>davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die FSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | |
| OSPP | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst der OSPP den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|--|---|---|
| OSPP | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| OSPP | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| OSPP | 11b | 4 | | <p>Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.</p> | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.</p> |
| OSPP | 11b | 5 | | <p>Die Berichte nach 40 Stunden müssen vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten erstellt</p> | <p>Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 40 Sitzungen</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 und nicht vom anordnenden Arzt. Alles andere ist nicht sachgerecht. | 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. |
| OSPP | 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 : Verein „PsychotherapeutInnen am Rechten Zürichsee

Abkürzung der Firma / Organisation : PARZ

Adresse : Asylstr. 46, 8708 Männedorf

Kontaktperson : Lic. Phil.I, Doris Schmider
eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin
Präsidentin PARZ

Telefon : 044 920 56 80

E-Mail : mail@schmiderdoris.ch

Datum : 09.10.2019

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

| Allgemeine Bemerkungen | |
|-------------------------------|--|
| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
| PARZ | <p>PARZ 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. PARZ bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme des PARZ der Stellungnahme der FSP entspricht.</p> |
| PARZ | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche PARZ klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PARZ 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 PARZ 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. |
| PARZ | <p>Inhalte der Vorlage, welche PARZ ablehnt und deren Anpassung wir fordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PARZ 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. • PARZ lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • PARZ ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der |

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

| | |
|------|--|
| | <p>Weiterbildung und auch unter der Leitung eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • PARZ lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. PARZ verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • PARZ 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. • PARZ 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. |
| PARZ | <p>Ergänzungen, welche PARZ vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. PARZ 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 des PARZ braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • PARZ unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich PARZ eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. PARZ 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**

| | |
|-------------|--|
| PARZ | 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) |
| PARZ | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| PARZ | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| PARZ | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg.</p> | |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---|--|---|
| | | | | Weigerungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige. | |
| PARZ | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht des PARZ unbestritten. PARZ 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. PARZ 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. PARZ begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für PARZ ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---------|--|---|
| | | | | <p>werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>PARZ fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt PARZ ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| PARZ | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. PARZ fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|--|---|---|
| | | | | die Verordnung aufgenommen wird. | |
| PARZ | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>PARZ ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet PARZ 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 PARZ folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| PARZ | 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**

| | | | | | |
|------|----------------|-------|--|--|---|
| PARZ | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| PARZ | Übergangsbest. | 1 & 2 | | <p>PARZ begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeuten. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.</p> | |

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

| | | | | | |
|------|----------------|---|--|--|---|
| PARZ | Übergangsbest. | 3 | | PARZ 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) |
| PARZ | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| PARZ | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik PARZ 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: <ul style="list-style-type: none"> 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>PARZ 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</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| PARZ | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>PARZ ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|--|---|--|---|
| | | | | PARZ 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. | |
| PARZ | 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 [...] |
| PARZ | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| PARZ | 11b | 1 | a | Anordnungsbefugte Ärzte PARZ 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 | 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**

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|--|
| | | | | <p>Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. PARZ geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die FSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | |
| PARZ | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst PARZ 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.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| PARZ | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| PARZ | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| PARZ | 11b | 4 | | <p>Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.</p> | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.</p> |

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

| | | | | | |
|------|---------------------|---|--|---|---|
| PARZ | 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. |
| PARZ | 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. | |

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

Psychiatrie Baselland
Barbara Schunk, CEO
Bientalstrasse 7
4410 Liestal

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

Liestal, 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. Die Psychiatrie Baselland (PBL) 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 Psychiatrie Baselland (PBL) 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 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 befind-

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».

lichen 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 PBL 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 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 «**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.

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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴
Psychiatrie Baselland | T +41 61 553 53 53
Bientalstrasse 7 | www.pbl.ch
4410 Liestal

Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

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

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.** Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsysteem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

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

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

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

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 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:

- 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 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 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 Anordnungsbe-fugnis 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.

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

Psychiatrie Baselland



Barbara Schunk, CEO

Beilage

- 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.

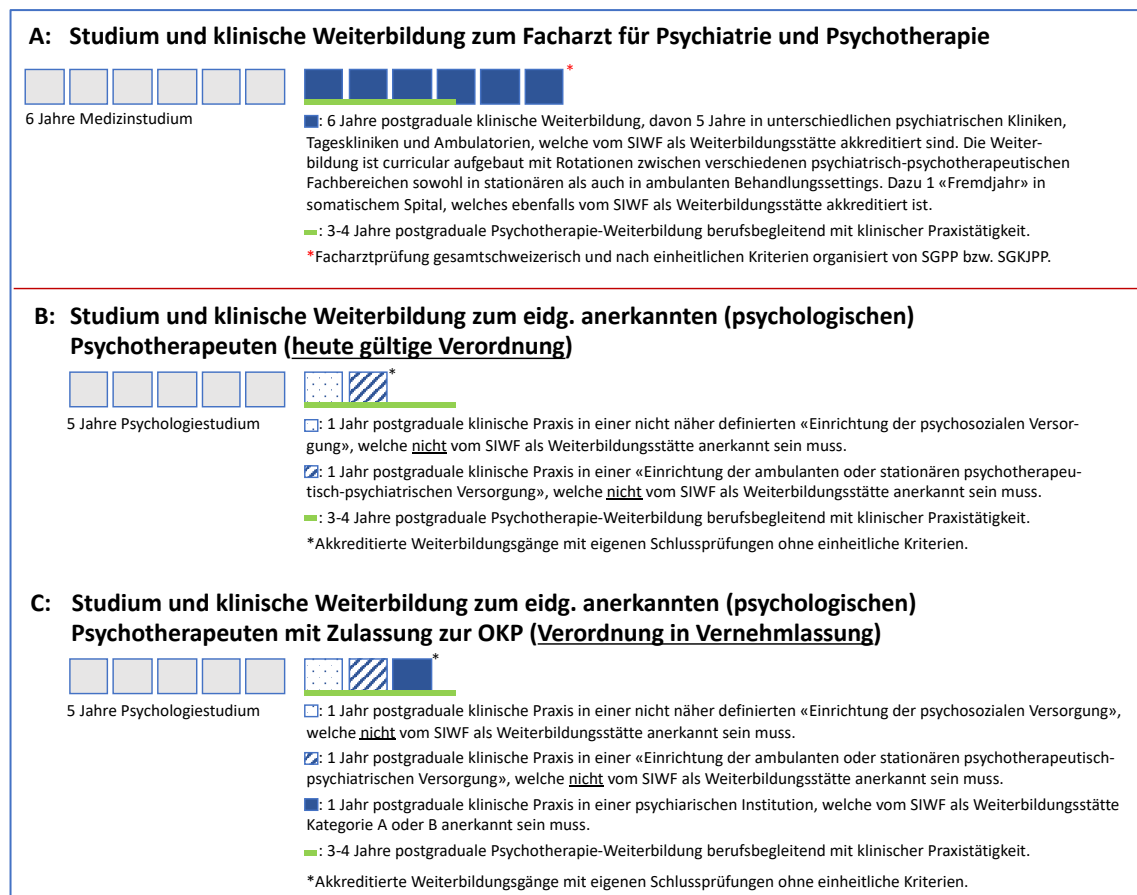


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

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

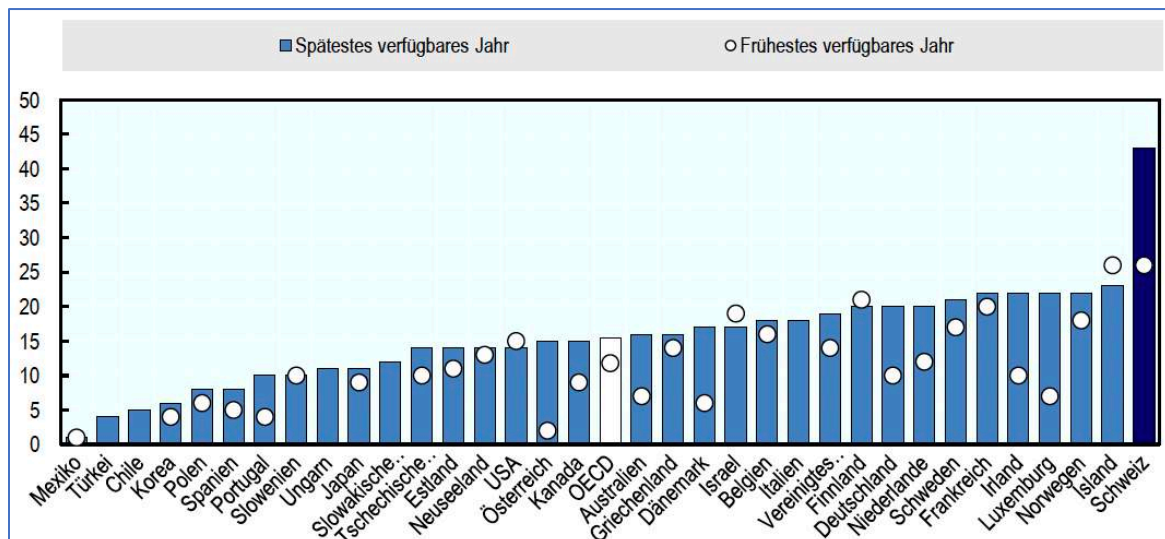


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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



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

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

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

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

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

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-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.

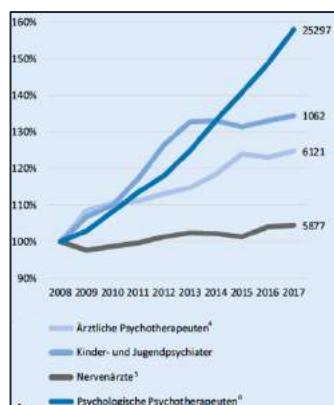


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte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

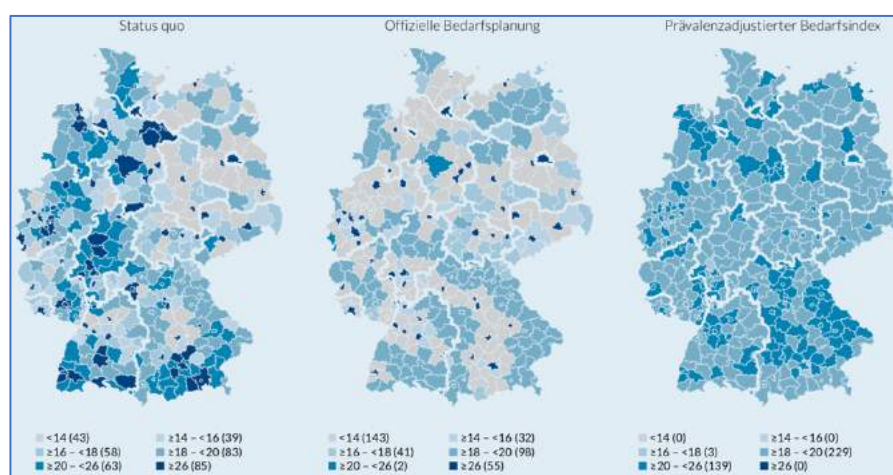


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

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

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

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

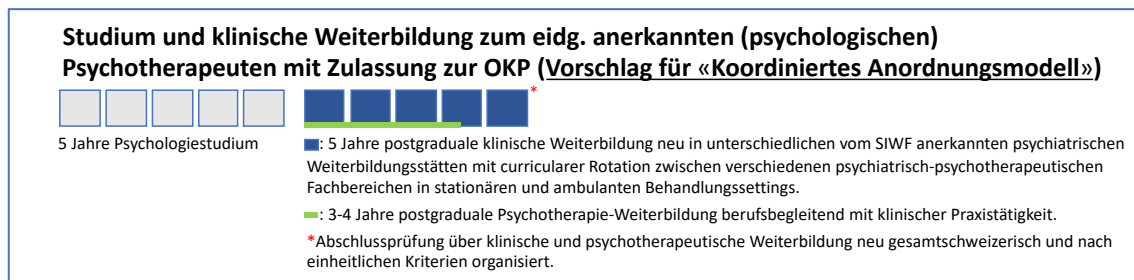


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu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

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

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

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

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

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

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der 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.

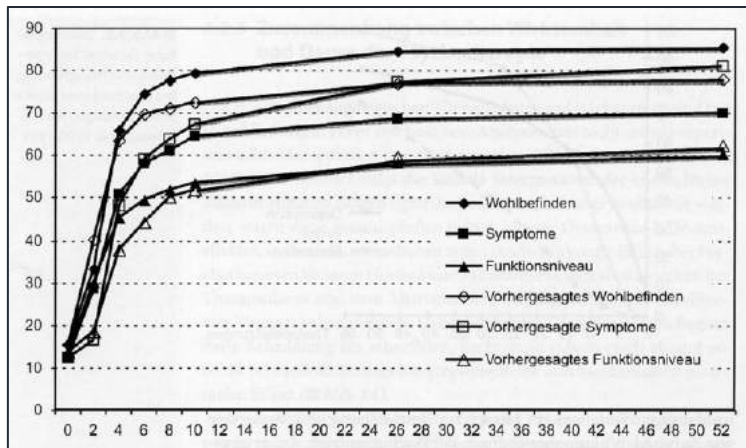


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

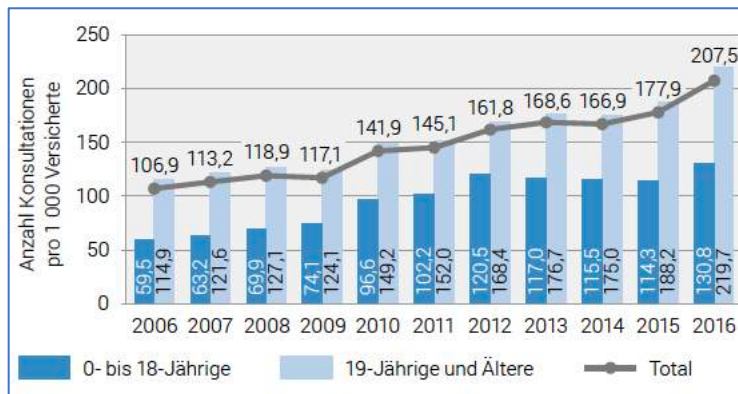


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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 : Psychiatrie Baselland

Abkürzung der Firma / Organisation : PBL

Adresse : Biententalstrasse 7, 4410 Liestal

Kontaktperson : Barbara Schunk, CEO

Telefon : +41 (61) 553 50 02

E-Mail : barbara.schunk@pbl.ch

Datum : 14. 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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz

Abkürzung der Firma / Organisation : pca.acp

Adresse : Josefstrasse 79

Kontaktperson : Paula Ritz

Telefon : 044 252 40 12/079 394 01 68

E-Mail : paula.ritz@bluewin.ch

Datum : 16.09.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **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 |
|------------|---|
| pca.acp | <p>Die pca.acp 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 pca.acp bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Diese Stellungnahme ist das Resultat der Zusammenarbeit der drei Psychologie-Psychotherapieverbände FSP, ASP, SBAP und wurde unter Einbezug der Delegierten der Psychotherapiegliedverbände und der Basis erarbeitet.</p> |
| pca.acp | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche pca.acp klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die pca.acp 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 pca.acp 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. |
| pca.acp | <p>Inhalte der Vorlage, welche die pca.acp ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die pca.acp 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 pca.acp lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und |

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

| | |
|---------|---|
| | <p>benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die pca.acp ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr nicht restlos einverstanden. Wenn aber, dann muss es zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. Die pca.acp lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die pca.acp verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die pca.acp 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 pca.acp 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. |
| pca.acp | <p>Ergänzungen, welche die pca.acp vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die pca.acp 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 pca.acp braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die pca.acp 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 pca.acp eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. |

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

| | |
|---------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapie basiert auf Sprache. Die pca.acp fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
| pca.acp | 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) |
| pca.acp | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| pca.acp | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| pca.acp | 50c | 1 | a & b | Eidg. Titel und kantonale Bewilligung | |

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

| | | | | | |
|---------|-----|---|---|--|---|
| | | | | Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige. | |
| pca.acp | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der pca.acp unbestritten. Die pca.acp 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 pca.acp 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 pca.acp begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die pca.acp ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|---------|-----|---|---------|--|--|
| | | | | <p>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).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die pca.acp fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die pca.acp ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| pca.acp | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den</p> | 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. Die pca.acp fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| pca.acp | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die pca.acp ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die pca.acp 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 pca.acp folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

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

| | | | | | |
|---------|----------------|-------|--|--|--|
| pca.acp | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| pca.acp | (neu) 52e | | | <p>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.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| pca.acp | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die pca.acp 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 | |

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

| | | | | | |
|---------|----------------|---|--|---|---|
| | | | | zunehmen wird. | |
| pca.acp | Übergangsbest. | 3 | | Die pca.acp 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) |
| pca.acp | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| pca.acp | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die pca.acp 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: <ul style="list-style-type: none"> Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige | 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Die pca.acp 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</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|---------|---|--|--|--|--|
| | | | | erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden. | |
| pca.acp | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die pca.acp ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Traumaexposition, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|---------|-----|--|---|---|---|
| | | | | <p>Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die pca.acp ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| pca.acp | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| pca.acp | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| pca.acp | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die pca.acp 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de</p> |

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

| | | | | | |
|---------|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die pca.acp geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die FSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | formation complémentaire en [...] |
| pca.acp | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die pca.acp den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

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

| | | | | | |
|---------|-----|---|--|---|---|
| | | | | psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen. | |
| pca.acp | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| pca.acp | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| pca.acp | 11b | 4 | | <p>Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.</p> | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin</p> |

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

| | | | | | |
|---------|---------------------|---|--|--|---|
| | | | | | Bericht: |
| pca.acp | 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. |
| pca.acp | 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 | Der Zeitraum hängt auch mit der zukünftigen Regelung der Anstellungsmöglichkeit zusammen |

Diffamierungs- und Verleumdungskampagne von Seiten der Psychiater:

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren,

Offenbar wissen die Psychiater der Psychiatrischen Kliniken nicht, was die psychologischen PsychotherapeutInnen in den Praxen leisten, oder sie schüren wissentlich eine Hetzkampagne gegen uns aus Angst vor Machtverlust.

Ich erlaube mir deshalb Ihnen aus der Praxis zu erzählen:

Mein Hintergrund hierfür ist die Erfahrung in unserem Therapiezentrum, das ich vor mehr als 20ig Jahren mitbegründet habe (momentan arbeiten hier unter anderem 3 PsychiaterInnen und 8 Psychologische PsychotherapeutInnen).

Ebenso referiere ich auf die von mir als Ausbilderin für Psychotherapie seit Jahren angebotene Weiterbildung für PsychotherapeutInnen **und PsychiaterInnen** mit dem Thema: „Psychotherapie mit schwerst traumatisierten PatientInnen“.

Ebenso referiere ich auf meine langjährige Supervisionstätigkeit für PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen.

Die Behauptung, dass wir nicht mit komplexen und schwer psychisch Kranken arbeiten

widerspricht jeglicher Praxis. Im Gegenteil, meine KollegInnen behandeln derart schwer psychisch kranke Menschen, dass Sie aufsuchende Psychotherapie leisten, zu den Familien nach Hause gehen, das Umfeld einbeziehen, sowie es notwendig ist, um diese Menschen zu stabilisieren und zu therapieren. Sie setzen sich zusammen oder vernetzen sich mit Sozialämtern, Beiständen, Vormündern, Folteropferstellen, Psychiatrischer Spitex, Spitälern, Psychiatrischen Kliniken, IV- Stellen, Behörden, Heimen, Anwälten, Gefängnissen, KESB etc. In mehreren Fällen wurden auch PatientInnen aus Kliniken im Ausland heimbegleitet auf Bitte vom EDA, weil dies durch das Vertrauen der therapeutischen Beziehung mit dem geringsten Aufwand und den geringsten Kosten verbunden und möglich war. Da gehe ich mit den Psychiatern einig, dass diese Arbeit nicht adäquat abgegolten ist und meine KollegInnen hier in all den Jahren enorme Gratisleistungen vollbracht haben! Diese Art von schwer kranken PatientInnen wäre ohne diese Flexibilität nicht zu stabilisieren.

Dasselbe erlebe ich in der Supervision. Ich habe schon lange das Gefühl, dass es eben gerade umgekehrt läuft, dass die PsychotherapeutInnen in den Praxen die schwersten PatientInnen therapieren.

Anordnende Aerzte: Da ich persönlich schon lange nicht mehr bereit bin, delegiert zu arbeiten, ist es heute schon so, dass Hausärzte, Gynäkologen etc. mir PatientInnen zur Abklärung zuweisen. Falls ich eine Diagnose stelle, die **Krankheitswert** hat, leite ich diese dem Arzt für eine Indikation weiter. Danach behandle ich die PatientInnen selbständig. Falls eine Behandlung länger als 40 Stunden benötigt, schreibe ich einen Bericht zur Verlängerung einer Kostengutsprache und sende eine Kopie an den überweisenden Arzt an die überweisende Aerztin. Wir sind qualifiziert, um Diagnosen zu stellen und die psychotherapeutische Behandlung eigenständig durchzuführen. Von der Sache her ist eine Gleichstellung der Psychotherapie überfällig, egal ob sie von ärztlicher oder psychologischer Seite angeboten wird.

Ausbildung: Persönlich stehe ich dem zusätzlichen Jahr skeptisch gegenüber. Der Aus- und Weiterbildungsstandard für psychologische Psychotherapie ist auf hohem Niveau festgelegt. Dass ein Jahr in einer psychiatrischen Klinik geleistet werden muss ist selbstredend. Uebrigens werden Praktika in Kliniken schon während dem **Psychologiestudium in Psychopathologie** verlangt. Zu meiner Zeit wurde jedoch in den Psychiatrischen Kliniken kaum Psychotherapie angeboten – sondern fast ausschliesslich mit Psychopharmaka behandelt, es wurde Elektrokrampftherapie verordnet (was offenbar wieder in Mode kommt) oder sogar Lobotomie vorgenommen). Psychotherapeutisch konnte ich leider wenig mitnehmen. Dazu kamen während dem Studium

regelmässige Sitzungen im Burghölzli mit „Vorführung“ von Patienten sämtlicher Störungsbilder und Uebungsmöglichkeiten zu Anamnesegesprächen mit Patientinnen.

Psychiatrische Kliniken: Weil es zu wenig Oberärzte und Oberärztinnen gibt, arbeiten schon heute sehr viele Psychologische Psychotherapeutinnen in Oberarztpositionen, inklusive Psychopharmakologieverschreibung. Die Zukunft muss sein, dass Psychologische PsychotherapeutInnen **offiziell** diese Oberarztstellen ausfüllen können mit den dazu gehörenden Leitungsfunktionen und Kompetenzen. Dies würde dann auch Sinn machen für die jungen Psychotherapeutinnen in Weiterbildung und sicherstellen, dass sie auch psychotherapeutisch profitieren würden. Hier stehe ich zu einem Inländervorrang, anstelle der PsychiaterInnen aus Rumänien, Griechenland etc.

Delegationsmodell: Von Seiten der Psychiater heisst es, das heutige System funktioniere doch bestens. Das ist einfach ein Hohn. Das Delegationsmodell, immer schon als Uebergangslösung gedacht, hat Tür und Tor für Missbrauch geöffnet. Die Versorgung in der Schweiz ist nur deshalb so gut, weil viele psychologischen PsychotherapeutInnen nach wie vor in Kliniken und Ambulatorien arbeiten – teils zu Billiglöhnen – und dass viele bereit sind, sich nach dem Delegationsmodell anstellen zu lassen, um auch die PatientInnen behandeln zu können, die schwer krank sind, kein Geld, keine Zusatzversicherung haben. Auch ich habe dies jahrelang so gehandhabt.

Psychiaterinnen: Für unsere Psychiaterinnen im Zentrum ist es nicht einsichtig, dass sie uns, die sie uns inbezug auf Psychotherapie **als mindestens ebenbürtig betrachten**, anstellen müssen. Sie unterstützen unser Ansinnen voll und ganz und freuen sich auf eine **weitere Zusammenarbeit auf Augenhöhe!**

Paula Ritz
Eidg. anerkannte Psychotherapeutin
Mail: paula.ritz@bluewin.ch
Tel.: 079 394 01 68
www.therapiezentrum-hirschenplatz.ch

Zürich, 16. September 2019

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Psychiatrie Dienste Süd – Klinik St. Pirminsberg

Abkürzung der Firma / Organisation : PDS

Adresse : Klosterweg, 7312 Pfäfers

Kontaktperson : Silvana Metz

Telefon : 081 303 62 80

E-Mail : silvana.metz@psych.ch

Datum : 19.09.2019

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 |
| FSP | <p>Die FSP 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 FSP bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme das Resultat der Zusammenarbeit der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände FSP, 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.</p> |
| FSP | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die FSP klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die FSP 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 FSP 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. |
| FSP | <p>Inhalte der Vorlage, welche die FSP ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die FSP 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 FSP lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. |

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

| | |
|------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Die FSP 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 FSP lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die FSP verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Die FSP 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 FSP 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. |
| FSP | <p>Ergänzungen, welche die FSP vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die FSP 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 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. • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der FSP braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Die FSP 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 FSP eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Die FSP 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**

| | |
|------------|--|
| FSP | 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) |
| FSP | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| FSP | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen anpasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| FSP | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| FSP | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der FSP unbestritten. Die FSP 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 FSP 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 FSP begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die FSP ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|------------|-----|---|---------|---|---|
| | | | | <p>werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die FSP fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die FSP ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| FSP | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die FSP fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |

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

| | | | | | |
|------------|-----|---|--|---|---|
| | | | | die Verordnung aufgenommen wird. | |
| FSP | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die FSP ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die FSP 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 FSP folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| FSP | 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**

| | | | | | |
|-----|----------------|-------|--|--|---|
| FSP | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| FSP | Übergangsbest. | 1 & 2 | | <p>Die FSP begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeuten. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.</p> | |

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

| | | | | | |
|-----|----------------|---|--|---|---|
| FSP | Übergangsbest. | 3 | | Die FSP 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) |
| FSP | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| FSP | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die FSP 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: <ul style="list-style-type: none"> 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Die FSP 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</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| FSP | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die FSP ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|------------|-----|--|---|---|---|
| | | | | damit deutlich erschwert. Die FSP 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. | |
| FSP | 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 [...] |
| FSP | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| FSP | 11b | 1 | a | Anordnungsbefugte Ärzte Die FSP 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**

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die FSP geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die FSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | |
| FSP | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die FSP 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.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| FSP | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| FSP | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| FSP | 11b | 4 | | <p>Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.</p> | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.</p> |

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

| | | | | | |
|-----|---------------------|---|--|---|---|
| FSP | 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. |
| FSP | 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. | |

**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 |

Dr. med. Anna Saliba, AA UPD Bern

Parkstr. 17

3014 Bern

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

Bern, 26. 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.

Dr. med. Anna Saliba 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. Anna Saliba 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. med. Anna Saliba 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 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 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.

- | |
|--|
| <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 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 TAR MED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz 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. Anna Saliba



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

Abkürzung der Firma / Organisation : Aae UPD

Adresse : Parkstrasse 17, 3014 Bern

Kontaktperson : Dr. med. Anna Saliba

Telefon : +786564652

E-Mail : anna.saliba@gmx.net

Datum : XXXXXXXXXX

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| | |
|--|---|
| | <p>Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer 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).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und 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**

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

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

| | |
|--|--|
| | <p>Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität). 3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen). |
|--|--|

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | Art.46 | | 9 | 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 | <p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> b. <i>einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> c. <i>nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>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.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit</p> | <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |

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

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

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

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

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

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

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der 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.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 |
| | | | | <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i> 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen. 2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p> | |
| | | | | Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen | |
| | | | | <p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute 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.</p> <p>Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung</p> | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den MedizinerInnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im 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</p> | |
|--|--|---|--|

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

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

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

| Weitere Vorschläge | | | |
|---|------|--|---------------|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | | <p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.</p> <p>Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p> | |

Anna Säuber
Bäcker

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

Abkürzung der Firma / Organisation : PPB

Adresse : Gotthelfstrasse 95, 4054 Basel

Kontaktperson : Adrian Kamber

Telefon : 079 388 62 54

E-Mail : adrian.kamber@bl.ch

Datum : 07.10.2019

**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 |
| PPB | Der PPB 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. Der PPB 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. |
| PPB | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche der PPB klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der PPB 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 der PPB mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten Ärzte. Dies sichert den notwendigen niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der Patienten erhöht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart. |
| PPB | <p>Inhalte der Vorlage, welche der PPB ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der PPB 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. • Der PPB lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen klar ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Der PPB ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr in Teilen einverstanden. Denn es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. |

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

| | |
|-----|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Der PPB lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Der PPB verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Der PPB ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings wie oben erwähnt erst nach 40 Sitzungen) durch den anordnenden Arzt einverstanden. Der dazugehörige Bericht muss aber zwingend vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. • Der PPB 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. |
| PPB | <p>Ergänzungen, welche der PPB vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Der PPB 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 PPB braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Der PPB unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich der PPB eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Der PPB 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**

| | |
|-----|---|
| PPB | 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) |
| PPB | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| PPB | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| PPB | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| PPB | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht des PPB unbestritten. Der PPB 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. Der PPB 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. Der PPB begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für den PPB ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|------------|---|--|
| | | | | <p>problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Der PPB fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt der PPB ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| PPB | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den</p> | 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. Der PPB fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| PPB | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Der PPB ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet der PPB 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 der PPB folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

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

| | | | | | |
|-----|----------------|-------|--|--|--|
| PPB | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| PPB | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen</p> <p>Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| PPB | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Der PPB 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. | |
| PPB | Übergangsbest. | 3 | | Der PPB 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 [...] |

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | | | |
|--|------|------|------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| PPB | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| PPB | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Der PPB 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: <ul style="list-style-type: none"> 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Der PPB 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</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| PPB | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Der PPB ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|--|---|---|--|
| | | | | <p>besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Der PPB ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| PPB | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| PPB | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| PPB | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Der PPB 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Der PPB geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an den PPB ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...] |
| PPB | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst der PPB den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen. | |
| PPB | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| PPB | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| PPB | 11b | 4 | | Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen. | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem</p> |

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

| | | | | | |
|-----|---------------------|---|--|---|---|
| | | | | | anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht. |
| PPB | 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. |
| PPB | 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**

| Allgemeine Bemerkungen | |
|-------------------------------|--|
| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
| PPB | Der PPB 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. Der PPB 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. |
| PPB | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche der PPB klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der PPB 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 der PPB mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten Ärzte. Dies sichert den notwendigen niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der Patienten erhöht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart. |
| PPB | <p>Inhalte der Vorlage, welche der PPB ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der PPB 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. • Der PPB lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen klar ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Der PPB ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr in Teilen einverstanden. Denn es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. |

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

| | |
|-----|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Der PPB lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Der PPB verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Der PPB ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings wie oben erwähnt erst nach 40 Sitzungen) durch den anordnenden Arzt einverstanden. Der dazugehörige Bericht muss aber zwingend vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. • Der PPB 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. |
| PPB | <p>Ergänzungen, welche der PPB vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Der PPB 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 PPB braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Der PPB unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich der PPB eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Der PPB 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**

| | |
|-----|---|
| PPB | 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) |
| PPB | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| PPB | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| PPB | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| PPB | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht des PPB unbestritten. Der PPB 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. Der PPB 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. Der PPB begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für den PPB ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|------------|---|--|
| | | | | <p>problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Der PPB fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt der PPB ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| PPB | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den</p> | 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. Der PPB fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| PPB | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Der PPB ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet der PPB 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 der PPB folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

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

| | | | | | |
|-----|----------------|-------|--|--|--|
| PPB | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| PPB | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen</p> <p>Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| PPB | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Der PPB 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. | |
| PPB | Übergangsbest. | 3 | | Der PPB 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 [...] |

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | | | |
|--|------|------|------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| PPB | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| PPB | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Der PPB 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: <ul style="list-style-type: none"> 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Der PPB 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</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| PPB | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Der PPB ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|--|---|---|--|
| | | | | <p>besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Der PPB ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| PPB | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| PPB | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| PPB | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Der PPB 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Der PPB geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an den PPB ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...] |
| PPB | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst der PPB den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen. | |
| PPB | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| PPB | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| PPB | 11b | 4 | | Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen. | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem</p> |

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

| | | | | | |
|-----|---------------------|---|--|---|---|
| | | | | | anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht. |
| PPB | 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. |
| PPB | 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. | |

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 : PSY4WORK.CH

Abréviation de l'entreprise / organisation :

Adresse : Rte Cojonnex 5 - 1000 Lausanne 25 (VD)

Personne de référence : Ingrid Vernez, Présidente

Téléphone : 076.556.40.68

Courriel : ingrid.vernez@psy4work.ch

Date : 08.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le **17 octobre** 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 |
| PSY4WORK.CH | <p>PSY4WORK.CH remercie le Conseil fédéral pour l'ouverture de la procédure de consultation sur la modification de l'OAMal (RS 832.102) et de l'OPAS (RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. La suppression du modèle de la psychothérapie déléguée au profit de la reconnaissance de la formation postgrade des psychologues-psychothérapeutes et de leur aptitude à exercer la psychothérapie sous leur propre responsabilité professionnelle (ancrée dans la loi dès l'entrée en vigueur de la LPSy en 2013) est une étape attendue de longue date. PSY4WORK.CH remercie également l'OFSP et ses instances pour le travail préliminaire qui a mené au projet d'ordonnance présenté. Nous regrettons toutefois que les prestataires n'aient pas été impliqués dès la phase d'élaboration de ce projet. Cela aurait permis d'améliorer la qualité et la cohérence du projet.</p> |
| PSY4WORK.CH | <p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par PSY4WORK.CH:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSY4WORK.CH approuve entièrement les objectifs de la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. Un accès amélioré à la psychothérapie est indispensable, notamment dans les situations de crise et d'urgence. La prescription par les médecins de premier recours permet de supprimer les obstacles actuels à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Nous sommes également clairement favorables à l'amélioration de la qualité des prestations que devrait entraîner un changement de modèle du fait du caractère contraignant de la LPSy. • En outre, PSY4WORK.CH adhère totalement aux conditions relatives à la prescription, plus précisément à la proposition concernant les médecins habilités à prescrire une psychothérapie. Ces conditions garantissent l'accessibilité de la psychothérapie, ce qui permet de prendre en charge les patients à temps et, en réduisant la chronicisation et les séjours stationnaires, de faire des économies sur le long terme au sein du système de santé. |
| PSY4WORK.CH | <p>Contenus du projet rejetés par PSY4WORK.CH et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSY4WORK.CH rejette la limitation à 30 séances. Elle demande le maintien du principe de la prescription de 40 séances, qui a fait ses preuves dans la pratique. De plus, la limitation à 30 séances alourdit la charge administrative et, à terme, entraîne une augmentation des coûts. |

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

| | |
|-------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • PSY4WORK.CH rejette la fixation d'un nombre maximal de 15 séances par prescription. Là encore, cette mesure entraîne un surcoût sans présenter d'avantage supplémentaire. Qui plus est, elle désavantage les psychologues-psychothérapeutes par rapport aux prestataires médecins. • PSY4WORK.CH approuve la pratique clinique supplémentaire d'un an. Il est cependant impératif qu'il soit possible de l'effectuer durant la formation postgrade et sous la direction d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral. • PSY4WORK.CH rejette la réglementation de la durée des séances par le biais de la prescription. La durée des séances pour les thérapies individuelles et de groupes doit être fixée dans les conventions tarifaires. PSY4WORK.CH demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • PSY4WORK.CH adhère au principe de la demande de poursuite de la thérapie par le médecin prescripteur (néanmoins après 40 séances seulement). Le rapport correspondant doit toutefois être impérativement rédigé, signé et facturé par le psychothérapeute traitant. • PSY4WORK.CH s'oppose à l'introduction d'un diagnostic préliminaire, d'un diagnostic intermédiaire et d'un diagnostic final telle qu'elle est décrite dans le projet. En lieu et place, elle demande l'examen de la pertinence et de la faisabilité d'un tel diagnostic dans le cadre d'un projet pilote. Un procédé d'échantillonnage peut être mis en œuvre à cette fin. |
| PSY4WORK.CH | <p>Adaptations complémentaires proposées par PSY4WORK.CH, incluant des éléments manquants ou insuffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les psychothérapeutes en formation ne sont pas suffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance. Dans un souci d'assurance qualité, nous soutenons la disposition stipulant que les psychologues suivant une formation de psychothérapeute ne sont pas autorisés à facturer à titre indépendant leurs prestations via la caisse-maladie. PSY4WORK.CH demande toutefois que la formation professionnelle des psychothérapeutes soit assurée et plaide en faveur d'une collaboration avec les cantons afin de garantir l'existence des places de formation à long terme. Il convient d'examiner la pertinence d'un modèle d'assistantat au cabinet du praticien, comparable à celui qui existe pour les médecins, ce qui implique la possibilité de facturer les prestations via l'AOS. Ce point doit être clarifié par la réglementation de la formation postgrade. Les possibilités dont disposent les médecins (convention-cadre Tarmed, article 8) doivent également être offertes aux psychologues-psychothérapeutes. • Le projet actuel est vague quant aux règles qui s'appliqueront à l'avenir aux psychothérapeutes employés par des organisations de droit public et privé. Du point de vue de PSY4WORK.CH, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. |

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

| | |
|-------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • PSY4WORK.CH salue les mesures de base destinées à contrer une augmentation injustifiée du volume des prestations. Dans l'éventualité où l'augmentation du nombre de nouvelles admissions (autorisation cantonale d'exercer) dépasserait la moyenne suisse dans un canton, PSY4WORK.CH envisage une solution comparable à celle prévue par le contre-projet indirect à l'initiative «Pour des soins infirmiers forts». • La psychothérapie repose sur le langage parlé. Par conséquent, PSY4WORK.CH demande un justificatif des compétences linguistiques de niveau C1 dans l'une des langues nationales suisses comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger. |
| PSY4WORK.CH | Pour faciliter la lecture de cette prise de position, il a été renoncé à utiliser les formes différenciées du masculin et du féminin. Sauf indication contraire, la forme générique désigne systématiquement les deux sexes. |

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) |
| PSY4WORK.CH | 45-50a | | | Aucune remarque. | |
| PSY4WORK.CH | 50b | | | <p>Autorisation de pratiquer pour les neuropsychologues</p> <p>Selon la nouvelle phrase introductive de la version allemande («<i>Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein</i>»), les neuropsychologues qui fournissent, sur prescription, des prestations à titre indépendant et à leur compte doivent obtenir une autorisation conforme au droit cantonal en vigueur.</p> <p>De notre point de vue, la formulation n'est pas claire. Elle présente un risque de confusion entre «Zulassung» (admission) et «Bewilligung» (autorisation). Si ces deux termes correspondent sans distinction à la volonté du Conseil fédéral, il est d'autant plus important d'adapter les dispositions transitoires concernant les neuropsychologues (voir remarques relatives aux dispositions transitoires).</p> | |
| PSY4WORK.CH | 50c | 1 | a et b | <p>Titre fédéral et autorisation cantonale</p> <p>Il s'impose et semble pertinent de baser les conditions d'admission des psychologues-psychothérapeutes sur le titre de formation postgrade fédéral défini par la LPsy, ainsi que sur l'autorisation de pratiquer cantonale.</p> | |

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

| | | | | | |
|-------------|-----|---|---|--|--|
| PSY4WORK.CH | 50c | 1 | c | <p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour PSY4WORK.CH, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. PSY4WORK.CH adhère également à l'argument du Conseil fédéral, selon lequel une expérience au sein d'équipes interprofessionnelles et la confrontation à un large éventail de troubles sont un préalable essentiel au traitement des maladies dans le cadre de la LAMal. PSY4WORK.CH pose cependant un regard critique sur la pratique clinique supplémentaire de 12 mois exigée, dans la mesure où elle ne peut être effectuée qu'une fois la formation postgrade de psychologue reconnue au niveau fédéral achevée. PSY4WORK.CH est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade. PSY4WORK.CH ne voit pas ce qui justifie que l'expérience clinique supplémentaire d'un an doive être effectuée uniquement APRÈS la formation postgrade. Il n'existe aucun argument, qu'il soit technique ou lié à la qualité, qui justifie une telle limite dans le temps.</p> <p>Le nombre de postes dans les institutions ISFM des catégories A et B proposées ne correspond pas aux besoins à remplir. Il existe actuellement déjà une pénurie de places de formation, qui sera accentuée par l'introduction d'une année de pratique clinique supplémentaire. De plus, la suppression des positions Tarmed relatives à la psychothérapie déléguée crée une incertitude quant au financement de ces places de formation - cela pose problème, notamment dans le domaine hospitalier ambulatoire. Cette problématique peut être contrée</p> | <p>Modification proposée:</p> <p>c. avoir acquis, pendant ou après l'obtention de leur titre postgrade, une expérience clinique de douze mois au sein d'un établissement [...] sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou d'un psychologue reconnu au niveau fédéral.</p> |
|-------------|-----|---|---|--|--|

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

| | | | | | |
|-------------|-----|---|----------------|---|--|
| | | | | <p>en imposant aux cantons la mise à disposition et le co-financement d'un nombre suffisant de places de formation postgrade (comme pour les médecins).</p> <p>Par ailleurs, le fait que cette pratique clinique de 12 mois doive être effectuée sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie est trop restrictif eu égard aux places disponibles, mais aussi du point de vue professionnel.</p> <p>Par conséquent, PSY4WORK.CH demande les adaptations suivantes:</p> <p>La pratique clinique supplémentaire de 12 mois peut être effectuée aussi bien pendant qu'après la formation postgrade. Cela permet de garantir que les personnes qui ont déjà effectué une pratique clinique supplémentaire d'un an pendant leur formation n'aient pas à en refaire une. Cela permet en outre de faire en sorte que les personnes qui ont suivi leur formation à l'étranger se familiarisent avec le système de santé local et ses usages (voir aussi art. 5, al. 2, let. c et f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSY4WORK.CH rejette le fait que cette pratique clinique supplémentaire ne puisse intervenir qu'une fois la formation postgrade achevée. • La pratique clinique supplémentaire doit en outre pouvoir être effectuée sous la direction, soit d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, soit d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral. | |
| PSY4WORK.CH | 50c | 1 | d (nouveau) | <p>Compétences linguistiques</p> <p>La psychothérapie est une forme de thérapie qui repose sur l'expression orale. Par conséquent, des compétences linguistiques insuffisantes constituent une menace pour le</p> | d. pouvoir justifier des connaissances nécessaires dans la langue officielle de la région dans laquelle la demande d'admission est |

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

| | | | | | |
|-------------|-----|---|--|--|--|
| | | | | succès de la thérapie. PSY4WORK.CH demande que les compétences linguistiques soient intégrées à l'ordonnance comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger. | déposée (niveau C1 du cadre de référence européen) |
| PSY4WORK.CH | 50c | 2 | | <p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>PSY4WORK.CH approuve l'exigence relative à la reconnaissance par l'ISFM et aux critères à remplir par les établissements accueillant la pratique clinique supplémentaire d'un an. Elle estime toutefois que l'importante raréfaction des places de formation disponibles est critique. Afin de garantir la prise en charge à long terme et d'éviter la pénurie de places de formation, PSY4WORK.CH formule la proposition suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cantons doivent être tenus de mettre à disposition, en collaboration avec les associations professionnelles, des places de formation dans les établissements et les organisations proposés, en les assortissant de conditions de rémunération équitables. • Au besoin, des institutions et des organisations supplémentaires, non reconnues par l'ISFM, peuvent être admises comme établissements de formation postgrade pour les psychologues-psychothérapeutes. <p>Rectification de l'absence de mention aux établissements de formation postgrade ambulatoires</p> <p>Le projet de réglementation propose de retenir les établissements des catégories A et B. Or, l'art. 50, al. 2 ne mentionne que les chiffres renvoyant à des établissements</p> | <p>Ajout</p> <p>[...] dans la version du 15 décembre 2016. Au besoin, des organisations supplémentaires, ne disposant pas d'une reconnaissance de l'ISFM, peuvent être admises comme établissements de formation postgrade.</p> <p>Ajout des chiffres manquants :</p> <p>L'établissement de psychiatrie et psychothérapie [...] doit disposer d'une reconnaissance [...] de catégorie A, conformément aux ch. 5.2.1 et 5.2.3.1, ou B, conformément aux ch. 5.2.2 et 5.2.3.1 du</p> |

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

| | | | | | |
|-------------|---------------|--|--|---|--|
| | | | | stationnaires (5.2.1 et 5.2.2). Il manque ceux correspondant aux services ambulatoires (5.2.3.1 et 5.2.3.2). | Programme de formation postgraduée [...]. |
| PSY4WORK.CH | 52d | | | Aucune remarque. | |
| PSY4WORK.CH | (nouveau) 52e | | | <p>La justification de l'ajout de l'organisation de neuropsychologie est la même que pour la psychothérapie: le besoin d'une offre de soins moderne telle que celle définie dans la Stratégie Santé 2020.</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation des neuropsychologues</p> <p>Les organisations de neuropsychologues sont admises lorsqu'elles:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sont admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité; b) ont délimité leur champ d'activité quant au lieu, à l'horaire de leurs interventions, aux aspects techniques et aux personnes auxquelles elles fournissent leurs prestations; c) fournissent leurs prestations au travers de personnes remplissant les conditions énoncées à l'art. 50b; d) disposent des équipements correspondant à leur champ d'activité; <p>participent aux mesures de contrôle de la qualité (art. 77) qui garantissent qu'elles fournissent, dans leur champ d'activité, des prestations</p> |

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

| | | | | | |
|-------------|-------------------------|------------|--|---|--|
| | | | | | neuropsychologiques adéquates et de bonne qualité. |
| PSY4WORK.CH | Disposition transitoire | Al. 1 et 2 | | PSY4WORK.CH salue les deux dispositions transitoires, qui vont dans le sens du maintien des acquis des psychothérapeutes déjà admis. Elles permettront d'atténuer de manière pertinente la demande de places de formation, qui ne manquera pas d'augmenter avec l'introduction de l'exigence d'une pratique clinique supplémentaire de douze mois. | |
| PSY4WORK.CH | Disposition transitoire | Al. 3 | | PSY4WORK.CH constate que les neuropsychologues sont absents de cette disposition transitoire. Certains cantons ne soumettent pas l'exercice de l'activité de neuropsychologue à l'obtention d'une autorisation. Par conséquent, une disposition transitoire qui tiendrait compte des neuropsychologues de façon adéquate ne saurait subordonner leur admission à l'obtention d'une autorisation, mais à leur admissibilité à une activité pouvant être facturée à l'assurance obligatoire de soins. | Les fournisseurs de prestations visés aux art. 45 et 46, al. 1, let. a à c, e et f [...] |

Si vous souhaitez supprimer des tableaux du formulaire ou ajouter des lignes, désactivez la protection en écriture sous «Révision/Protéger/Désactiver la protection». Voir 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. | Al. | Let. | Commentaires/remarques | Modification proposée (texte proposé) |
|----------------|------|-----|------|--|---|
| PSY4WORK.CH | 2 | 1 | a | Aucune remarque. | |
| PSY4WORK.CH | 2 | 1 | b | <p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>PSY4WORK.CH partage la volonté du Conseil fédéral de favoriser la garantie de la qualité et l'adéquation de la fourniture des prestations. La proposition d'introduire un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final ne va cependant pas dans ce sens, et ce pour les raisons suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'introduction d'un tel diagnostic pour chaque patient créerait un énorme volume de données, dont le traitement, que ce soit sur le plan technique ou du contenu, et les coûts associés seraient disproportionnés par rapport au bénéfice retiré. • Pour des raisons liées à la protection des données, une collecte de données par patient individuel n'est pas admissible. • La collecte de données en continu est certes un aspect scientifique majeur de la recherche en psychothérapie. Elle n'est | <p>Biffer l'art. 2, al. 1, let. B.</p> <p>B. elle comprend un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final.</p> |

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

| | | | | | |
|-------------|---|--|--|---|---|
| | | | | <p>cependant pas réalisable dans le cadre d'une surveillance de routine, dans la mesure où le nombre de séances prescrit (30) est insuffisant pour une thérapie comme pour une surveillance de routine. De plus, selon la nature du trouble concerné, elle risque de mettre à mal le succès de la thérapie. La réalisation d'un diagnostic préliminaire nécessite 4 à 5 séances à elle seule, voire 7 pour les enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le contrôle de la fourniture de prestations via des moyens psychométriques constitue une discrimination des maladies psychiques vis-à-vis des maladies somatiques lorsqu'un tel contrôle n'est pas impératif. <p>PSY4WORK.CH propose d'examiner l'adéquation et la faisabilité de l'introduction d'un tel diagnostic et des instruments à utiliser dans le cadre d'un projet pilote. Cela pourrait, par exemple, s'inscrire dans le cadre de l'«article relatif aux projets pilotes» qu'il est prévu d'intégrer à la LAMal. Un modèle d'échantillonnage sophistiqué pourrait ensuite être dérivé des résultats obtenus en vue d'une utilisation systématique.</p> | |
| PSY4WORK.CH | 3 | | | <p>Prise en charge de 30 séances et limitation de la durée des séances</p> | L'assurance prend en charge les coûts pour un maximum de 40 séances |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>PSY4WORK.CH n'adhère pas à la proposition de prise en charge de 30 séances. Le nombre de 40 séances a fait ses preuves. Pour mémoire: dès les années 90, le nombre de séances, alors plus bas, a dû être augmenté à 40 pour des raisons de praticabilité.</p> <p>La rédaction du rapport prévu après 30 séances générerait une charge de travail disproportionnée pour l'ensemble des acteurs (fournisseurs de prestations, caisse, patient). La pratique (avec les assurances privées) a démontré que les patients ne font pas usage d'une prescription quand ils n'en ont pas besoin.</p> <p>Une limitation de la durée des séances à 60 minutes pour les thérapies individuelles et à 90 minutes pour les thérapies de groupe n'est pas indiquée, car elle rendrait impossible des formes de traitement importantes, notamment les interventions en cas de crise, les investigations concernant les enfants et les adolescents, l'exposition en cas de phobies, les psychothérapies avec l'assistance d'un interprète, etc. La prise en charge des catégories de personnes particulièrement vulnérables s'en trouverait compliquée.</p> <p>Par conséquent, PSY4WORK.CH estime que les exigences relatives à la durée des séances ne doivent pas être réglées par voie d'ordonnance et demande la suppression de la</p> | <p>diagnostiques et thérapeutiques d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe. L'article 3b est réservé.</p> |
|--|--|--|--|--|---|

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

| | | | | | |
|-------------|-----|-------------------------------------|---|--|--|
| | | | | durée proposée des séances pour les thérapies individuelles et de groupe. Celle-ci doit être fixée dans les conventions tarifaires, autrement dit par le biais de la tarification. Cf. suppression du passage concernant la durée des séances à l'art. 11B, al. 2 et 3. | |
| PSY4WORK.CH | 3b | Titre Al. 1, phrase introductive | | Cf. justification concernant l'art. 3 | Procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 40 séances Pour que, après 40 séances, l'assurance continue de prendre en charge les coûts [...] |
| PSY4WORK.CH | 11b | 1 | | Aucune remarque. | |
| PSY4WORK.CH | 11b | 1 | a | Médecins habilités à prescrire PSY4WORK.CH approuve entièrement la proposition relative aux médecins habilités à prescrire une psychothérapie pratiquée par un psychologue. Accorder à différentes catégories de médecins la possibilité d'adresser des patients va clairement dans le sens de la suppression des obstacles à la prise en charge - notamment dans les situations de crise. Pour les personnes qui ont opté pour un modèle d'assurance tel que le modèle de médecin de famille, par exemple, un autre médecin peut ainsi prescrire la psychothérapie. | Modification proposée pour la version française: [...] 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 [...] |

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

| | | | | | |
|-------------|-----|---|---|---|---|
| | | | | <p>Une erreur de traduction s'est glissée dans la version française du projet d'ordonnance. PSY4WORK.CH part du principe que la version allemande fait foi et propose par conséquent de corriger la version française en remplaçant «psychologie des enfants et des adolescents» par «en pédiatrie» (erreur de traduction du terme «<i>Kinder und Jugendmedizin</i>»).</p> <p>D'après les informations transmises par l'OFSP à PSY4WORK.CH, il n'est pas possible de corriger cette erreur de traduction dans le cadre de l'actuelle procédure de consultation (e-mail du 2 septembre 2019, 12h53).</p> | |
| PSY4WORK.CH | 11b | 1 | b | <p>Interventions en cas de crise</p> <p>Les interventions en cas de crise sont sans rapport avec les thérapies de courte durée.</p> <p>Une crise peut être déclenchée, non seulement par une maladie somatique, mais aussi par un trouble psychique. Par conséquent, la restriction aux crises d'origine somatique est inappropriée. Il convient donc de biffer l'adjectif «somatique».</p> <p>PSY4WORK.CH salue la proposition concernant la possibilité d'élargir la compétence de prescription aux médecins de toute spécialité pour les interventions en cas de crise, qui va dans le sens d'une suppression des obstacles à la prise en charge. Cela améliore clairement l'accès à la</p> | <p>Modification proposée :</p> <p>s'agissant des prestations fournies dans le cadre d'interventions en cas de crise ou de thérapies de courte durée pour des patients atteints de maladies somatiques graves, en cas de nouveau diagnostic ou d'une situation mettant la vie en danger, par un médecin titulaire d'un titre postgrade visé à la let. a ou d'un autre titre postgrade.</p> |

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

| | | | | | |
|-------------|-----|---|--|---|--|
| | | | | psychothérapie. Manquent néanmoins la définition de la situation de crise et les critères à remplir pour qu'elle puisse être retenue. | |
| PSY4WORK.CH | 11b | 2 | | <p>Limitation à 15 séances</p> <p>La limitation à 15 séances est inacceptable, car coûteuse et inutile. L'inégalité de traitement par rapport aux psychothérapeutes-médecins n'est pas justifiée sur le plan professionnel. Elle entraîne une surcharge administrative, au détriment des patients et de la thérapie. Une telle restriction rend impossible la prise en charge de personnes atteintes de troubles chroniques graves. Elle détériore l'accès à la psychothérapie au lieu de l'améliorer.</p> <p>Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances.</p> | <p>Demande de suppression de l'alinéa:</p> <p>Pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, l'assurance prend en charge, par prescription médicale, les coûts de 15 séances au plus, d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe.</p> |
| PSY4WORK.CH | 11b | 3 | | <p>PSY4WORK.CH n'a rien à objecter à la limitation à 10 séances concernant les interventions en cas de crise.</p> <p>Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances.</p> | <p>Pour les prestations visées à l'al. 1, let. b, l'assurance prend en charge les coûts de dix séances au plus d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapies de groupe.</p> |
| PSY4WORK.CH | 11b | 4 | | Cf. art. 11b, al. 2. Le rapport doit être rédigé et présenté conformément à l'art. 11, al. 5. | <p>Demande de suppression de l'alinéa:</p> <p>Le psychologue psychothérapeute rédige, avant l'échéance des séances</p> |

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

| | | | | | |
|-------------|-------------------------|---|--|--|--|
| | | | | | prescrites, un rapport à l'intention du médecin qui prescrit la thérapie. |
| PSY4WORK.CH | 11b | 5 | | Les rapports après 40 séances doivent être rédigés par le psychothérapeute en charge du cas et non par le médecin prescripteur. Toute autre exigence est inappropriée. | Si, pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, la psychothérapie doit être poursuivie après 40 séances, la procédure prévue à l'art. 3b est applicable par analogie; la demande est formulée par le médecin prescripteur, le rapport est rédigé par le psychothérapeute. |
| PSY4WORK.CH | Disposition transitoire | | | La durée de prise en charge supplémentaire de 12 mois des prestations de psychothérapie déléguée est plutôt courte, mais acceptable. | |

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

Abkürzung der Firma / Organisation : PVR www.psychotherapiewinterthur.ch

Adresse : Obertor 8

Kontaktperson : Maribel Fischer

Telefon 052 212 35 07 076 399 35 07

E-Mail maribel.fischer@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 |
| PVR | <p>Der PVR 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. Der PVR bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme des PVR der Stellungnahme der FSP entspricht.</p> |
| PVR | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche der PVR klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der PVR 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 der PVR 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. |
| PVR | <p>Inhalte der Vorlage, welche der PVR ablehnt und deren Anpassung wir fordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der PVR 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. • Der PVR lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. |

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

| | |
|-----|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Der PVR 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. • Der PVR lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Der PVR verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Der PVR 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. • Der PVR 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. |
| PVR | <p>Ergänzungen, welche der PVR vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Der PVR 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 PVR braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Der PVR unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich der PVR eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Der PVR 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**

| | |
|-----|---|
| PVR | 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) |
| PVR | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| PVR | 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 angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen). | |
| PVR | 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. | |
| PVR | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht des PVR unbestritten. Der PVR 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. Der PVR 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. Der PVR begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für den PVR ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|------------|---|--|
| | | | | <p>problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Der PVR fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt der PVR ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| PVR | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den</p> | 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. Der PVR fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| PVR | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Der PVR ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet der PVR 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 der PVR folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

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

| | | | | | |
|-----|----------------|-------|--|--|--|
| PVR | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| PVR | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen</p> <p>Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| PVR | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Der PVR 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. | |
| PVR | Übergangsbest. | 3 | | Der PVR 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) |
| PVR | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| PVR | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Der PVR 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der 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. <p>Der PVR schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| PVR | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Der PVR ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten,</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|--|---|--|--|
| | | | | <p>Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Der PVR ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| PVR | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| PVR | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| PVR | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Der PVR 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie</p> |

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

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Der PVR geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die FSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | <p>pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| PVR | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst der PVR den Vorschlag, dass bei</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| PVR | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| PVR | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| PVR | 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. |
| PVR | 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. |
| PVR | 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 : Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin

Abkürzung der Firma / Organisation : SAPPM

Adresse : Breitenstrasse 15, 4852 Rothrist

Kontaktperson : Dr. med. Alexander Minzer, Präsident

Telefon : +41 62 794 16 35

E-Mail : Alexander.Minzer@hin.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 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. SAPPM | DIE SAPPM LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB. |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. SAPPM | Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne und deren Anordnung regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater und der übrigen psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Ärztinnen, wie Schwerpunktträger SAPPM, vorgenommen wurden. <i>Die SAPPM 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. SAPPM | 50 | 1 | c | <p>Psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B). 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.</p> <p>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</p> | <p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 3 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmepflicht mit breitem Krankheitsspektrum).</p> |

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

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>führen (weit höher als die postulierten 100 Mio.), <u>ohne</u> entsprechende Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen, Suizidalität).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung wird nicht behoben werden, hingegen wird es zu einer Fehlversorgung und einer Verteuerung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit</p> | |
|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Sie werden grosse Mühe haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten (vgl. auch Bemerkung weiter unten Art. 2, Abs. 1, Bst. b) KVV)</p> <p>Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p>Es existiert für Psychologinnen und Psychologen aus der Schweiz und auch dem Ausland, die aufgrund der sehr attraktiven Arbeitsbedingungen in der Schweiz umgehend Praxen eröffnen werden, keine Zulassungssteuerung. Für Ärztinnen und Ärzte besteht seit Jahren ein Niederlassungsstop. Warum dieser für Psychologinnen und Psychologen nicht festgelegt ist, ist unerklärlich.</p> <p>Es gibt Gegenden mit massiver Unterversorgung an Psychotherapeutinnen und -therapeuten (ländliche Regionen) und Gegenden mit deutlicher</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>Überversorgung (städtische Regionen). Ohne wirksame Steuerungsinstrumente besteht hier grosse Gefahr von Fehlregulierungen.</p> <p>Die Kenntnisse in somatischer Medizin und allgemeiner (also nicht psychopharmakologischer) Pharmakotherapie sind bei den Psychologinnen und Psychologen rudimentär.</p> <p><i>FORDERUNG: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen und allfälliger somatischer Grunderkrankungen 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 Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmezwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</i></p> | |
|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>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 SAPPM, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</p> <p>Es braucht dringend eine wirksame Niederlassungssteuerung für psychotherapeutisch tätige Psychologinnen und Psychologen. Die Anzahl von mehreren tausend psychotherapeutisch tätigen Psychologinnen und Psychologen (Zuwanderung aus dem Ausland mitberücksichtigt), die nun auch zusätzlich in der Praxis tätig sein werden, übersteigt den Bedarf weitaus. Und wird zu einem extremen Kostenschub führen. Es braucht sowohl eine quantitative wie auch eine qualitative Steuerung, so dass sich nur fachlich hochqualifizierte Psychologinnen und Psychologen in Gegend von nachgewiesener Unterversorgung niederlassen dürfen.</p> <p>FORDERUNG: Die SAPPM fordert für die Psychologinnen und Psychologen den Erwerb fundierter medizinisch-somatischer und pharmakologischer Kenntnisse für eine eigenverantwortliche Tätigkeit (Anordnungsmodell).</p> <p>Die SAPPM unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder (incl. SAPPM) vertreten sind.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| <p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.SAPPM</p> | | | | <p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Personen zu behandeln, obwohl sie als Therapeuten nur über ein Jahr klinischer Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art.11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie oder Schwerpunkttitle SAPPM erfolgen kann. Bei nahezu fehlenden medizinisch-somatischen Grundlagenkenntnissen bei multimorbiden Patienten.</p> <p>Die SAPPM erachtet diese beiden Punkte als Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p> <p>Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist entsprechend explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologischen Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt liegt.</p> | <p>STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen</p> |
| <p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p> | | | | | |

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

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | | | | | |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | | | | | |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | | | | | |

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

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
|---|-----------------------|--|--|
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.SAPPM | 2, Abs. 1, Bst. B) | <p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Schwerpunktträger SAPPM unnötig.</p> <p>Die Psychiaterinnen und Psychiater und Schwerpunktträger SAPPM 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, resp. der Schwerpunktträger SAPPM.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat.</p> <p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, präferiert doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden. Auf</p> | STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>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.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn</p> | |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|--|--------|---|---|
| | | <p>eine „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.</p> <p>Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater oder Titelträger SAPP) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> <p><i>FORDERUNG: Die SAPP fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</i></p> | |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | Art. 3 | <p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der 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). Und können indirekt zu</p> | <p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p> |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Kostenanstieg führen (Hospitalisationen).</p> <p>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.</p> <p>Psychologin/Psychologe und Psychiaterin/Psychiater sind komplett verschiedene Berufe mit unterschiedlichen Ausbildungswegen. Hier werden, gerade in solchen Fragen, massive Einschnitte in die ärztliche Kunst der Psychiater und deren Psychotherapien vorgenommen. Eine Kostengutsprache nach 30 Stunden für ärztliche Psychotherapie ist für die SAPPm unhaltbar. Ob dies gegebenenfalls für psychologische Psychotherapie so sein soll, muss von einem ärztlichen Spezialistengremium geprüft werden.</p> <p><i>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen</p> | |
|--|--|---|--|

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

| | | | |
|--|------------------------------|--|--|
| | | <p>schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich (bei einer medikamentösen Therapie werden aus Spargründen auch nicht plötzlich nur die Hälfte der erforderlichen Medikamente oder die halbe erforderliche Dosis verschrieben) Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p> <p>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</p> | |
| <p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.SAPPM</p> | <p>Art. 11b, Bst. A.</p> | <p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.</p> <p>FORDERUNG: Die SAPPM verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -</p> | <p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem interdisziplinären Schwerpunkttitel «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder</p> |

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

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | <p><i>psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem interdisziplinären Schwerpunkttitle Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</i></p> <p>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die SAPPM die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</p> <p>Allenfalls könnte der bereits bestehende Fähigkeitsausweis „delegierte Psychotherapie“ in einen Fähigkeitsausweis „Anordnung Psychotherapie“ umgewandelt werden. Dies verbessert ebenfalls die Qualität der Zusammenarbeit von Psychologen/innen mit speziell an Psychotherapie interessierten Ärzten/innen.</p> | <p>eines Arztes oder einer Ärztin mit einem interdisziplinären Schwerpunkttitle «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p> |
| <p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p> | <p>Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5</p> | <p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen</p> <p>«Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht... der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin»</p> <p>Wie kann die Ärztin, der Arzt objektiv urteilen, ohne Einbezug in die Therapie? Wie kann sie oder er urteilen ohne vertiefte Kenntnisse bzw. ohne entsprechende Erfahrung und Ausbildung in der Behandlung von 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</p> | |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | 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 |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.SAPPM | | <p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Ordnungsänderung) durchzuführen ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung betrachtet eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend!</p> <p>FORDERUNG: Die SGPP, SGKJPP und die SAPPM sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.</p> | Eine Ergebnisevaluation dieser Ordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung! |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.SAPPM | | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.</p> | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).</p> |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden | | Die Inhalte der Ordnungsänderungen ebenso wie deren gesundheitspolitischen wie auch finanziellen Auswirkungen scheinen zu wenig reflektiert. Enorm problematisch ist die inhärente Botschaft, dass psychiatrische Störungen | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.SAPPM | | 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 ExpertInnengremium der betroffenen Fachorganisationen (vor allem unter Einbezug der Ärzteschaft) nochmals grundsätzlich zu überdenken. | |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.SAPPM | | Grundsätzlich war die Zusammenarbeit zwischen Titelträgern der SAPPM/Trägern des Fähigkeitsausweises delegierte Psychotherapie und den Psychologinnen und Psychologen sehr gut. Gute Rahmenbedingungen fördern die weiterhin gute Zusammenarbeit beider Disziplinen. Ein Anordnungswildwuchs führt zu unnötiger Mengenausweitung und einer gewaltigen Kostenexplosion. Dies wäre nicht sinnvoll im Zusammenhang mit den Bestrebungen eines niederschwelligen, qualitativ hochstehenden Versorgungsangebotes. Qualität vor Quantität. | |
| 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 : Swiss Association of Sport Psychology

Abkürzung der Firma / Organisation : SASP

Adresse : Präsidium SASP, Katharina Albertin, Reidholzstrasse 27, 8805 Richterswil

Kontaktperson : Katharina Albertin

Telefon : 043 477 84 02

E-Mail : praesidentin@sportpsychologie.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 **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 |
| SASP | <p>Die SASP 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 SASP bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme das Resultat der Zusammenarbeit der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände SASP, 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.</p> |
| SASP | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die SASP klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SASP 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 SASP 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. |
| SASP | <p>Inhalte der Vorlage, welche die SASP ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SASP 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 SASP lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. |

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

| | |
|------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die SASP 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 SASP lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die SASP verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die SASP 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 SASP 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. |
| SASP | <p>Ergänzungen, welche die SASP vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die SASP verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der SASP braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die SASP 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 SASP eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die SASP 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**

| | |
|------|---|
| SASP | 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) |
| SASP | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| SASP | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| SASP | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| SASP | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der SASP unbestritten. Die SASP 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 SASP 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 SASP begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die SASP ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|------------|---|--|
| | | | | <p>problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die SASP fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die SASP ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| SASP | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den</p> | 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. Die SASP fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| SASP | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die SASP ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die SASP 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 SASP folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

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

| | | | | | |
|------|----------------|-------|--|--|--|
| SASP | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| SASP | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen</p> <p>Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| SASP | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die SASP 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. | |
| SASP | Übergangsbest. | 3 | | Die SASP 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) |
| SASP | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| SASP | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die SASP 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der 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. <p>Die SASP schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| SASP | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die SASP ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten,</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|--|---|---|--|
| | | | | <p>Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die SASP ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| SASP | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| SASP | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| SASP | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die SASP 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die SASP geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die SASP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | <p>pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| SASP | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die SASP den Vorschlag, dass bei</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| SASP | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| SASP | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| SASP | 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. |
| SASP | 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. |
| SASP | 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 : Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie

Abkürzung der Firma / Organisation : SBAP

Adresse : Konradstrasse 6, 8005 Zürich

Kontaktperson : Michèle Andermatt

Telefon : 043 268 0405

E-Mail : michele.anderlatt@sbap.ch

Datum : 07.10.2019

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 |
| SBAP | <p>Der SBAP 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 PsychotherapeutInnen und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben – eine Sachlage, die bereits durch das Inkrafttreten des PsyG im Jahr 2013 gesetzlich verankert wurde. Der SBAP bedankt sich zudem bei BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme das Resultat der Zusammenarbeit der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände SBAP, FSP und ASP ist und gemeinsam erarbeitet wurde. Alle drei Organisationen reichen bei dieser Vernehmlassung eine gemeinsame Position ein, die sich nur in wenigen Details unterscheidet.</p> |
| SBAP | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche der SBAP klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der SBAP 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 Grundversorgern 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 der SBAP mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten ÄrztInnen. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der PatientInnen erhöht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart. |
| SBAP | <p>Inhalte der Vorlage, welche der SBAP ablehnt und deren Anpassung er fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der SBAP lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Er 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. • Der SBAP lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische PsychotherapeutInnen gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. |

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

| | |
|------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Der SBAP ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. • Der SBAP lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Der SBAP verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Der SBAP ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) durch die anordnende Ärztin oder den anordnenden Arzt einverstanden. Der dazugehörige Bericht muss aber zwingend von der behandelnden Psychotherapeutin oder vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. • Der SBAP 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. |
| SBAP | <p>Ergänzungen, welche der SBAP vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <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 selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Der SBAP verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von PsychotherapeutInnen gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den ÄrztInnen 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. • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten PsychotherapeutInnen in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht des SBAP braucht es weiterhin die Möglichkeit psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Der SBAP unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigte Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt kann sich der SBAP eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. |

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

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapie basiert auf Sprache. Der SBAP fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
|--|--|

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| SBAP | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| SBAP | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für NeuropsychologInnen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für NeuropsychologInnen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» den Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich NeuropsychologInnen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| SBAP | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen PsychotherapeutInnen auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale</p> | |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|---|
| | | | | Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige. | |
| SBAP | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht des SBAP unbestritten. Der SBAP 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. Der SBAP steht aber der geforderten zusätzlichen Erfahrung von 12 Monaten klinischer Praxis kritisch gegenüber, sofern diese nur nach Abschluss der Weiterbildung zur eidg. anerkannten Psychotherapeutin oder zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen kann. Der SBAP begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für den SBAP ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|------------|--|--|
| | | | | <p>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 ÄrztInnen).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einer Fachärztin oder einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Der SBAP fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt der SBAP ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidg. anerkannten PsychotherapeutIn oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| SBAP | 50c | 1 | d (neu) | Sprachkompetenz | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache 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**

| | | | | | |
|------|-----|---|--|--|---|
| | | | | Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Der SBAP fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| SBAP | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Der SBAP ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahres einverstanden. Als kritisch erachtet der SBAP 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 der SBAP folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische PsychotherapeutInnen zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

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

| | | | | | |
|------|----------------|-------|--|--|--|
| | | | | angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen. | |
| SBAP | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| SBAP | (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 Organisation 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. |
| SBAP | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Der SBAP begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene PsychotherapeutInnen. 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. | |
| SBAP | Übergangsbest. | 3 | | Der SBAP stellt fest, dass bei der Übergangsbestimmung die NeuropsychologInnen keine Erwähnung finden. Es gibt einige Kantone, die bisher keine Bewilligungspflicht für die NeuropsychologInnen kennen. Daher kann eine Übergangsbestimmung, welche die NeuropsychologInnen 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) |
| SBAP | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| SBAP | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Der SBAP 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**

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jede Patientin und jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische als auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelne Patientin oder 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. <p>Der SBAP schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden</p> | |
|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|------|---|--|--|---|--|
| | | | | 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. | |
| SBAP | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Der SBAP ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, PatientIn). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass PatientInnen nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|--|---|--|---|
| | | | | <p>Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Der SBAP ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagene Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| SBAP | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| SBAP | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| SBAP | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte ÄrztInnen</p> <p>Der SBAP begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugte Ärztinnen</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>und anordnungsbefugten Ärzte. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedenen Kategorien von ÄrztInnen dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so eine andere Ärztin oder ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Der SBAP geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> | <p>psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| SBAP | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst der SBAP den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von ÄrztInnen jeder Fachrichtung erfolgen kann.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|--|--|---|
| | | | | 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. | |
| SBAP | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen sind inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen PsychotherapeutInnen ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die PatientInnen und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| SBAP | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| SBAP | 11b | 4 | | Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen. | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor</p> |

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

| | | | | | |
|------|---------------------|---|--|--|---|
| | | | | | Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht. |
| SBAP | 11b | 5 | | Die Berichte nach 40 Stunden müssen von der fallverantwortlichen Psychotherapeutin oder vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten erstellt werden und nicht von der anordnenden Ärztin oder 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. |
| SBAP | 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 : Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Abkürzung der Firma / Organisation : SBK

Adresse : Choisystr. 1, 3001 Bern

Kontaktperson : Roswitha Koch

Telefon : 030 388 36 36

E-Mail : roswitha.koch@sbk-asi.ch

Datum : 04.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **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 |
| SBK | <p>Der SBK bedankt sich beim Bundesrat für die Gelegenheit, sich zur Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie zu äussern.</p> <p>Der SBK unterstützt das Anliegen, die psychologische Psychotherapie neu im Anordnungsmodell zu regeln.</p> |
| SBK | <p>Die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie ist der längst fällige Schritt zur Abschaffung des Delegationsmodells hin zur Anerkennung der postgradualen Ausbildung von psychologischen PsychotherapeutInnen und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben – eine Sachlage, die bereits durch das Inkrafttreten des PsyG im Jahr 2013 gesetzlich verankert wurde.</p> <p>Der SBK begrüsst die Ziele der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie, speziell auch in Krisen- und Notfallsituationen. Durch die Möglichkeit der Anordnung durch Grundversorger werden bestehende Hürden in der Versorgung von psychisch Kranken abgebaut.</p> <p>Der SBK ist einverstanden mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten ÄrztInnen. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der PatientInnen ermöglicht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart.</p> |
| SBK | <p>In folgenden Punkten unterstützt der SBK die Anliegen der Psychologieverbände SBAP, FSP und ASP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beibehaltung der bisherigen Anordnung von 40 Sitzungen, da sich diese Praxis bewährt hat und da die Erfahrung aus den anderen Berufen zeigt, dass eine stärkere Beschränkung der Anzahl Sitzungen den administrativen Aufwand und damit letztlich die Kosten steigert. • Ablehnung der Beschränkung auf 15 Sitzungen. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische PsychotherapeutInnen gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Einverständnis mit dem zusätzlichen klinischen Jahr, jedoch muss es zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. • Ablehnung der Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag sind 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**

| | |
|-----|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Einverständnis zum Antrag um Fortsetzung der Therapie durch die anordnende Ärztin oder den anordnenden Arzt, jedoch muss der dazugehörige Bericht von der behandelnden Psychotherapeutin oder vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. • Ablehnung der Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wie sie im Vorschlag definiert ist ab. In einem ersten Schritt sollen Tauglichkeit und Praktikabilität einer solchen Diagnostik in einem Modellprojekt geprüft werden. Hiernach kann ein Stichprobenverfahren implementiert werden. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Ein Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom ist zwingend zu ergänzen. <p>Wir bitten Sie, die entsprechenden detaillierten Bemerkungen der Verbände FSP, SBAP, und ASP zu berücksichtigen.</p> |
| SBK | Im Folgenden finden Sie zusätzliche Bemerkungen zu einzelnen KVV-Artikeln, welche die im GesBG reglementierten Berufe und die Logopädie betreffen. |

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| SBK | 45 | b | 1-4 | <p>Abschnitt b, Punkt 1: Neu</p> <p>Im Abschnitt b fehlt an erster Stelle die Möglichkeit, als Hebamme die zweijährige praktische Tätigkeit bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme zu absolvieren – das ist zwingend zu ergänzen</p> <p>Abschnitt b, Punkt 2:</p> <p>Neu sollen kantonal bewilligte Geburtshäuser und kantonal bewilligte Geburtspraxen hier namentlich erwähnt werden. Beide Institutionen haben entweder einen gesetzlichen</p> | <p>Die Hebammen haben nachzuweisen:</p> <p>a. einen Bachelor of Science in Hebamme FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 des Gesundheitsberufegesetzes vom 30. September 2016 (GesBG9) gleichwertigen Bildungsabschluss</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> |

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

| | | | | | |
|-----|----|---|---|--|---|
| | | | | <p>Ausbildungsauftrag oder bieten auf freiwilliger Basis Ausbildungsplätze für Hebammenstudierende an. Sie bieten Studierenden Einblick in das gesamte Spektrum der Hebammentätigkeit (Schwangerschaftskontrollen, Geburten, Wochenbettbetreuungen, Stillberatungen). Deshalb soll die praktische Berufserfahrung zum Erwerb der Zulassungsbedingungen auch in einem kantonal bewilligten Geburtshaus / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter Leitung einer Hebamme erfolgen können; ausserdem ist zu präzisieren, dass diese Hebamme die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.</p> <p>Zu Punkt 3:</p> <p>Die vorgesehene Aufhebung der bestehenden Ziffer 3 begrüssen wir.</p> <p>Zu Punkt 4:</p> <p>Die Organisationen der Hebammen sind im vorliegenden Entwurf entfallen; diese müssen zwingend wieder aufgenommen werden, entweder unter Punkt 1 (bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme oder Organisation der Hebammen) oder wie bislang als separater Punkt.</p> | <p>1. <i>bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme,</i></p> <p>2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals <i>oder eines kantonal bewilligten Geburtshauses /einer kantonal bewilligten Geburtspraxis</i> unter der Leitung einer Hebamme, <i>die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt</i></p> <p>3. <i>Aufgehoben</i></p> <p>4. <i>einer Organisation der Hebammen unter Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzung dieser Verordnung erfüllt</i></p> <p>c.eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG.</p> |
| SBK | 48 | b | 1 | <p>Im Punkt 1 sind die Organisationen der Ergotherapie zu ergänzen – damit sind die Zulassungsformen der Ergotherapie analog wie bei der Ernährungsberatung in einem Punkt zusammengefasst.</p> <p>Die «Organisationen der Ergotherapie» sind zu unterscheiden von den öffentlichen oder privaten Organisationen, in denen ErgotherapeutInnen unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die</p> | <p>4. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> <p>1. bei einem Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, <i>oder in einer Organisation der Ergotherapie,</i> der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist,</p> |

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

| | | | | | |
|-----|----|---|---|--|---|
| | | | | Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, die zweijährige Berufspraxis erwerben können. | |
| SBK | 48 | b | 2 | Im Punkt 2 sind die Rehabilitationseinrichtungen zu ergänzen; nicht nur in Spitälern sind die Voraussetzungen gegeben, dass Ergotherapeutinnen und -therapeuten die zweijährige Berufspraxis erwerben können | 2. in einem Spital <i>oder einer Rehabilitationseinrichtung</i> unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, oder |
| SBK | 48 | b | 3 | Im Punkt 3 geht es im Unterschied zu Punkt 1 nicht um «Organisationen der Ergotherapie», sondern analog zur Ernährungsberatung um öffentliche oder private Organisationen, in denen Ergotherapeutinnen und -therapeuten angestellt sind und wo sie unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, die zweijährige Berufspraxis erwerben können. | 3. <i>in einer öffentlichen oder privaten Organisation der Ergotherapie</i> unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt. |
| SBK | 49 | | | Im einleitenden Satz fehlen hier die «Pflegefachfrauen», diese bitte ergänzen | Art. 49 Die Pflegefachmänner <i>und Pflegefachfrauen</i> müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG5 verfügen und haben nachzuweisen: |
| SBK | 49 | b | 3 | Hier ist wie bei der Ernährungsberatung, bei den Hebammen und der Ergotherapie zu präzisieren, dass es sich um «private oder öffentliche» Organisationen der Krankenpflege handeln kann. | 3. in einer <i>privaten oder öffentlichen</i> Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause unter der Leitung eines |

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

| | | | | | |
|-----|----|---|---|---|--|
| | | | | | Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt. |
| SBK | 50 | a | a | Hier ist folgender Fehler zu korrigieren: die Bezeichnung des FH-Abschlusses muss jenem im Gesundheitsberufegesetz entsprechend angepasst werden: <i>Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik</i> und analog auf Französisch <i>Bachelor of Science en Nutrition et diététique</i> | a. einen Bachelor of Science in <i>Ernährung und Diätetik</i> FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 GesBG gleichwertigen Bildungsabschluss; |
| SBK | 50 | b | 1 | Wir beantragen, bei in KVV Art. 50, b Abs. 1 und 2 analog zu den anderen Berufen „in einer Facharztpraxis“ sowie „entsprechender fachärztlicher“ zu streichen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Bestimmungen der andern Paramediziner*innen bei den Logopäd*innen, die zulasten der Krankenversicherung tätig sind, nicht zur Anwendung kommen soll. Da die Tätigkeit unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden erfolgen muss, die/der die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist die Sicherung der Qualität gewährleistet. | b. eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie mit überwiegender Erfahrung im Erwachsenenbereich; davon: 1. muss mindestens ein Jahr in einem Spital <i>unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und in Begleitung unter der Leitung</i> eines Logopäden oder einer Logopädin, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, absolviert werden, |
| SBK | 50 | b | 2 | dito | 2. kann ein Jahr <i>unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung unter der Leitung eines</i> Logopäden oder einer Logopädin, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, <i>in einer Facharztpraxis</i> oder in 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**

| | | | | | |
|-----|----------------|---|--|---|---|
| | | | | | Organisation der Logopädie, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, absolviert werden. |
| SBK | Übergangsbest. | 3 | | Diese Übergangsbestimmung ist für die Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Bst a-c und e zentral und muss unbedingt beibehalten werden. | |
| | | | | Zu den weiteren Details zu diesem Entwurf verweisen wir auf die Stellungnahme von FSP, SBAP und ASP, deren Anliegen wir unterstützen | |

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) |
| SBK | | | | Zu den Details zu diesem Entwurf verweisen wir auf die Stellungnahme von FSP, SBAP und ASP, deren Anliegen wir unterstützen | |

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

**Swiss Conference of Academic Psychiatry SCAP
Prof. Armin von Gunten (Sekretär SCAP)**
Département de Psychiatrie
Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age Avancé
Site de Cery
1008 Prilly

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

Zürich, 9. 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 Swiss Conference of Academic Psychiatry (SCAP) 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 SCAP 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.

- Die SCAP 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 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 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 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

Prof. Dr Armin von Gunten

Sekretär SCAP

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

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 : Service de Psychologie Scolaire

Abréviation de l'entreprise / organisation : SPS

Adresse : 24 Avenue de Champel, 1206, Genève

Personne de référence : Monsieur Sadegh Nashat

Téléphone : +41 (0)22 575 63 35

Courriel : secretariat@psyscolaire.ch

Date : 16.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. 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 |
| SPS SPS | <p>Points principaux du projet méritant une attention particulière</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le SPS invite le Conseil Fédéral à autoriser tout médecin titulaire d'un titre post grade fédéral en médecine à prescrire une psychothérapie. 2. Le SPS invite le Conseil Fédéral à explicitement inclure les pédiatres dans la liste des médecins. 3. Le SPS invite le Conseil Fédéral à se baser sur les études scientifiques sur les psychothérapies pour définir le nombre de séances nécessaires et de fixer le nombre maximum de séances à 24. 4. Le SPS considère que c'est au psychologue - psychothérapeute d'établir un rapport afin de pouvoir poursuivre les séances après le nombre de séances autorisées initialement. |

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) |
| SPS SPS | 50c | 1 | | <p>Certains cantons proposent deux types d'autorisations concernant les psychologues afin d'obtenir une autorisation cantonale :</p> <p>1. Une autorisation de pratique en tant que psychologue <i>dépendant</i> est délivrée quand le titulaire a moins de 5 ans d'expérience ;</p> <p>2. Une autorisation de pratique en tant que psychologue <i>indépendant</i> lorsque le psychologue a au moins 5 ans d'expérience.</p> <p>Cette formule pourrait être retenue au niveau fédéral et ainsi, seuls les psychologues avec au moins 5 ans de pratique peuvent être autorisés à fonctionner sous le principe de l'ordonnance.</p> <p>Les psychologues - psychothérapeutes ayant finis leur formation en psychothérapie pourront exercer en tant que psychologue dépendant au sein d'une institution de psychologues indépendants sous leur délégation.</p> | <p>Supprimer Art. 50c Alinéa 1 Let. c</p> <p>Ajouter sous Art.50c Alinéa 1: <i>avoir le statut de psychologue - psychothérapeute indépendant</i></p> |
| SPS SPS | 50c | 2 | | <p>Le SPS s'oppose à l'instauration d'une année supplémentaire de stage dans un institut pour la formation médicale, cela pour plusieurs raisons.</p> <p>1. Actuellement, les formations en psychothérapie sont ouvertes aux psychologues et au psychiatres. Les deux</p> | Supprimer Art. 50c Alinéa 2 |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>professions sont donc formées à la psychothérapie selon les mêmes modalités. Il est donc illogique de demander aux psychologues d'effectuer une année supplémentaire.</p> <p>2. le Conseil Fédéral souhaite que ce stage se fasse dans un institut de psychiatrie et psychothérapie d'un hôpital ou d'une autre organisation privée ou publique sous la direction d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le SPS considère que cette demande est disproportionnée par rapport au but visé. Tout d'abord, le manque de places de stage dans ce type d'institutions crée une forme de discrimination pour les psychologues. Ensuite, plus de 80% des soins en psychothérapie sont fournis par des prestataires indépendants (psychologues-psychothérapeutes) ; Il est donc important que les psychologues puissent effectuer leur stage dans des structures indépendantes sous la direction d'autres psychologues et pas nécessairement de psychiatres.</p> <p>3. Le métier de Psychologue – Psychothérapeute ne se limite pas à la pratique de psychothérapie mais aussi au bilan psychologique et aux tests psychologiques – cet aspect vient d'être reconnu dans la dernière révision Tarmed puisque deux nouveaux codes ont été créés pour les psychothérapies en délégation afin de facturer la passation et interprétation des tests – et donc, il est primordiale pour que les psychologues fassent leurs stages sous la supervision de psychologues – psychothérapeutes confirmés et non de psychiatres. Cela permettrait les pratiques de s'enrichir et que les psychologues travaillent en complémentarité avec les autres professionnels de la santé.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|---------|-----|--|---|--|--|
| | | | | <p>4. les études scientifiques sur la psychothérapie montrent que sur le point de vue de l'efficacité, il n'y a aucune différence entre les traitements effectués par des psychothérapeutes - psychologues ou des psychothérapeutes – médecins. Il est donc injustifié de demander aux psychologues – psychothérapeutes en formation d'effectuer un stage dans des institutions médicales sous la supervision de psychiatres. Les données scientifiques ne soutiennent pas les arguments avancés par les organisations médicales helvétiques qu'il est nécessaire que les psychologues soient sous l'autorité d'un médecin psychiatre afin d'effectuer des psychothérapies de bonne qualité.</p> <p>5. Actuellement, les psychologues psychothérapeutes reconnus au niveau fédéral peuvent exercer et être remboursé via les assurances complémentaires en Suisse. Cette situation semble montrer que les assurances estiment que les critères de la formation des psychologues – psychothérapeute sont remplis pour qu'ils exercent leur mission sans être sous l'autorité d'un médecin psychiatre.</p> | |
| SPS SPS | 52d | | c | <p>Actuellement, les psychiatres ont la possibilité de déléguer les psychothérapies à des psychologues en ayant entrepris une formation post grade en psychothérapie. Il est de notre avis que les psychologues psychothérapeutes opérant sous le régime de l'ordonnance puissent non seulement fournir leurs prestations au travers de personnes remplissant les conditions énoncées à l'art 50c mais aussi aux personnes qui suivent une formation post grade en psychothérapie reconnue au niveau fédéral.</p> | <p>Ajouter Art 52d Let. f : fournissent leurs prestations au travers de personnes suivant une formation post grade reconnue au niveau fédéral.</p> |

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) |
|----------------|-----------------|---|---|
| | | | |
| SPS SPS | 11b al 1 Let. a | Le SPS estime qu'il est fondamental que les pédiatres soient mentionnés dans l'ordonnance. | Ajouter 11b al 1 let a: pédiatre |
| SPS SPS | 11b al. 2 | <p>Le SPS estime que limiter la prise en charge par prescription médicale à 15 séances est extrêmement problématique.</p> <p>1. Le Conseil Fédéral n'a pas pris en compte que la prise en charge des troubles psychiques nécessite une évaluation à visée diagnostic afin d'identifier le trouble psychique et le meilleur traitement pour le patient. Une évaluation nécessite généralement de trois à six séances.</p> <p>2. Le SPS invite le Conseil Fédéral à se baser sur les études scientifiques sur les psychothérapies pour définir le nombre de séances nécessaires. Comme indiqué dans la littérature (cf, Roth, A., & Fonagy, P. (2005). What works for whom?. a critical review of psychotherapy research., edn.), le nombre de séance dépend du type de pathologie présenté par le patient.</p> | <p>Supprimer 15 séances</p> <p>Ajouter 24 séances</p> |

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 général, les interventions basées sur des preuves scientifiques pour les troubles dépressifs, anxieux, bipolaires et les troubles de la personnalité nécessitent de 16 à 20 séances. En se basant sur les données scientifiques et en prenant en compte les séances d'évaluation, 24 séances seraient plus appropriées. | |
| SPS SPS | 11b al. 2 | <p>Actuellement, sous la Tarmed, les séances de thérapie individuelle peuvent être facturées jusqu'à 1h30 par séance.</p> <p>1. Le SPS estime que limiter la durée des séances de thérapie effectué a des séances de 60 minutes créé une discrimination entre patients et pose problème à l'accès aux soins pour une tranche de la population qui nécessiterait des interventions basées sur les preuves scientifiques qui nécessitent plus de 60 minutes de traitement.</p> <p>2. En ce qui concerne les séances de psychothérapie de couple et de famille la Tarmed autorise des séances allant jusqu'à 105 minutes. Le SPS se base à nouveau sur les recommandations scientifiques qui indiquent que la majorité des psychothérapies pour couple et familles nécessitent plus de 90 minutes par séances.</p> | <p>Supprimer « d'une durée maximale de 60 minutes pour les thérapies individuelles »</p> <p>Ajouter « d'une durée maximale de 90 minutes pour les thérapies individuelles »</p> <p>Supprimer « d'une durée maximale de 90 minutes pour les thérapies de groupe »</p> <p>Ajouter « d'une durée maximale de 105 minutes pour les thérapies de couple et de famille »</p> |
| SPS SPS | 11b al. 4 | Le SPS soutient la décision du Conseil Fédéral d'exiger un rapport écrit à l'intention du médecin qui prescrit la thérapie. Il invite le Conseil Fédéral à élargir | |

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

| | | | |
|-----|-----------|---|---|
| | | cette disposition aux psychiatres – psychothérapeute dans un souci de transparence et d'égalité entre professionnels de la santé mentale et afin de garantir la qualité et l'efficacité des traitements psychothérapeutiques. | |
| SPS | 11b al. 5 | Le SPS considère que c'est au psychologue psychothérapeute d'établir un rapport afin de pouvoir poursuivre les séances après le nombre de séances autorisé initialement. En effet, c'est le psychologue – psychothérapeute qui possède les connaissances et l'expertise nécessaires afin de fournir les informations pour établir le besoin de séances supplémentaires. Si le médecin prescripteur tarde à fournir les informations nécessaires, le Conseil Fédéral n'a pas évalué le risque pour le patient que tout retard du médecin prescripteur pourrait être au détriment de la santé psychique du patient. | <p>Supprimer : « le rapport doit être présenté par le médecin ayant prescrit le traitement. »</p> <p>Ajouter : « le rapport doit être présenté par le psychologue – psychothérapeute ayant fait le traitement »</p> |

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

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

Verfasser:

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

31. August 2019

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

An diesem SMHC-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.

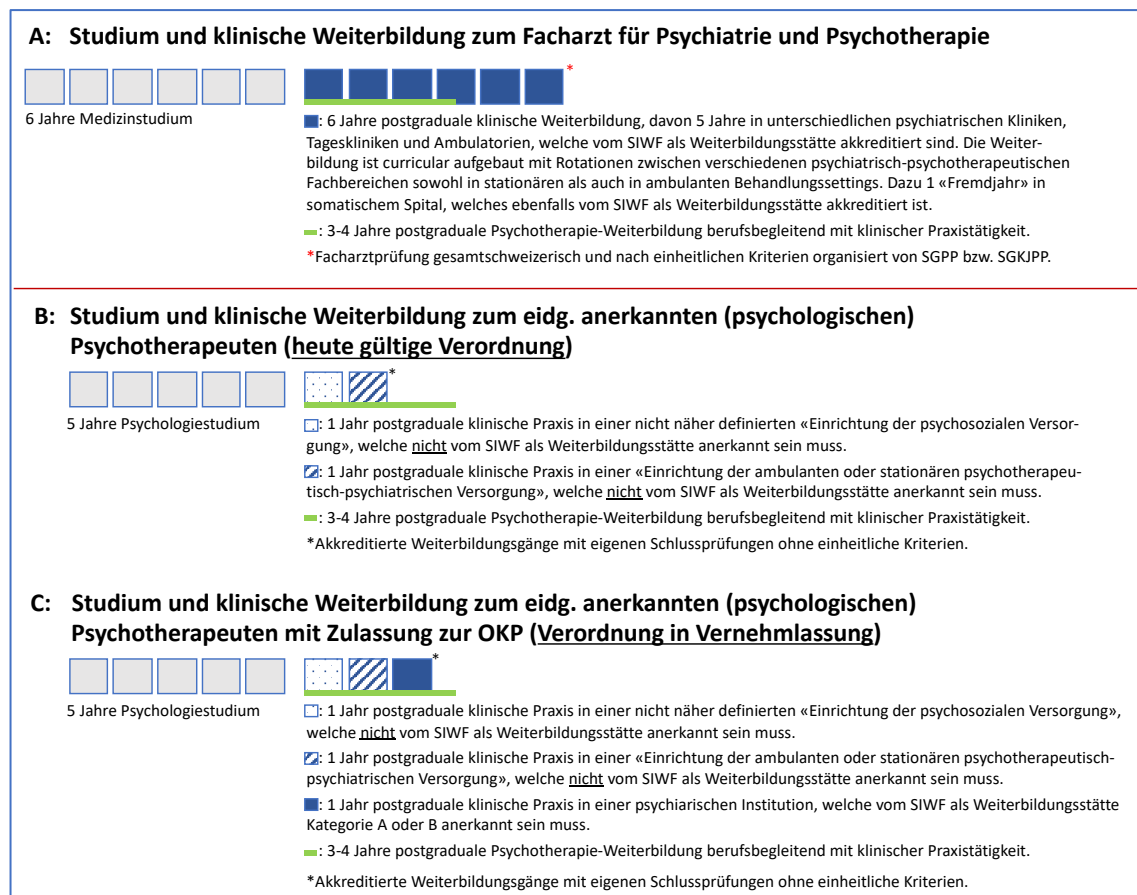


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

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

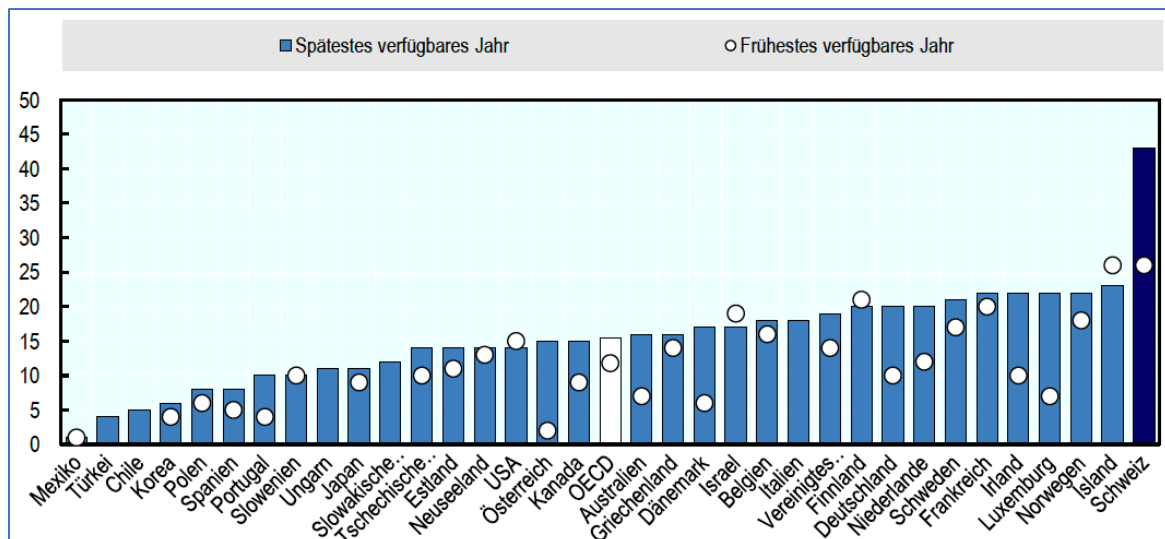


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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

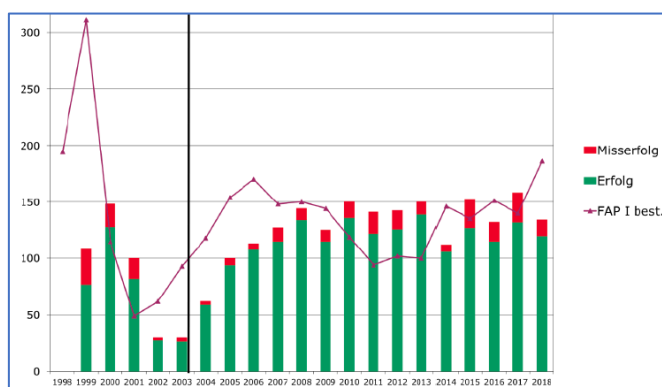


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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

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

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

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

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-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.

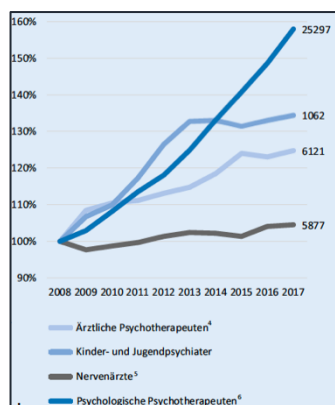


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte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

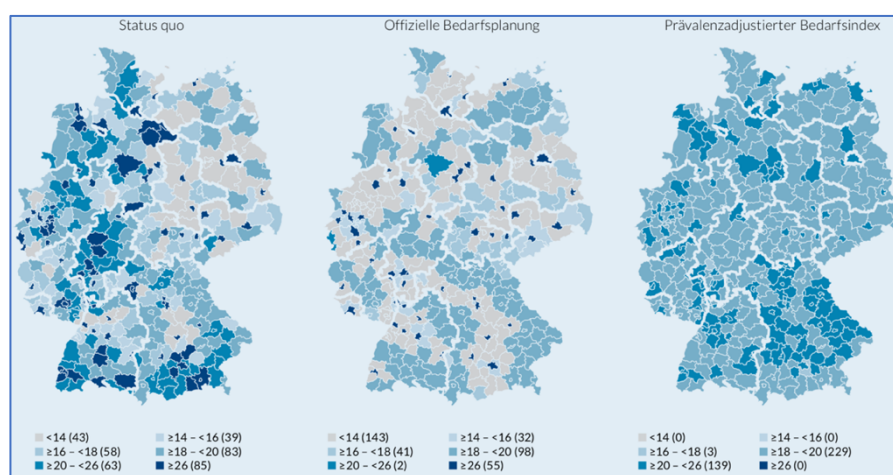


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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.

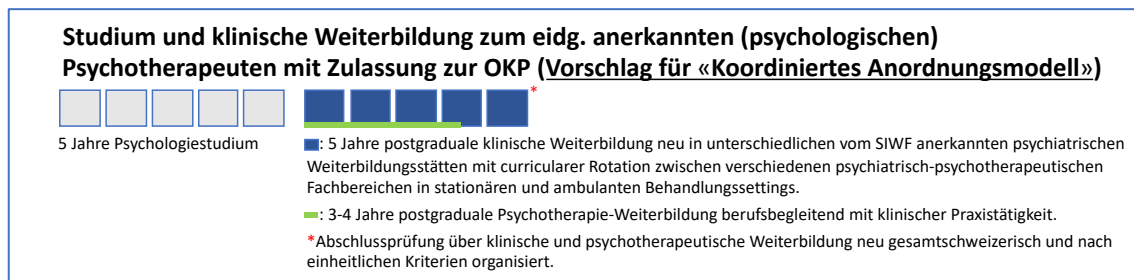


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu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

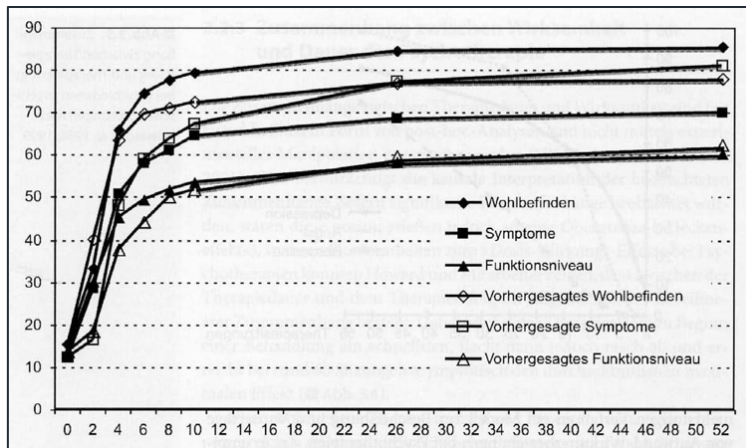


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

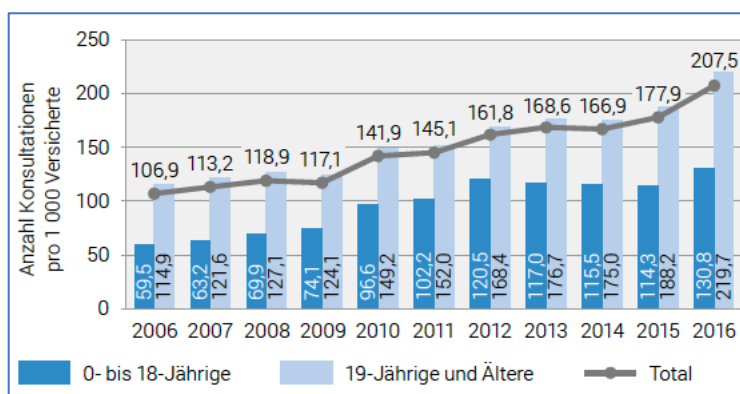


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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**

**Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD)
Sonia Fröhlich de Moura
Ringstrasse 70
8057 Zürich
info@sgad.ch
www.sgad.ch**

Zürich, 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.
Die Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD) 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 SGAD 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

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

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

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

- Die SGAD 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

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 Spitalspsychiatrie».

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 einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

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

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

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

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

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

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

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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

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

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

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

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 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.

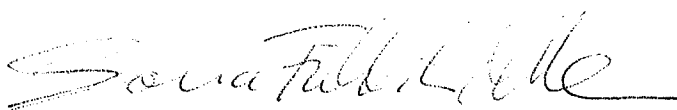
Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

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



Sonia Fröhlich de Moura

Geschäftsstelle SGAD

Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD)

(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 : Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression

Abkürzung der Firma / Organisation : SGAD

Adresse : Ringstrasse 70, 8057 Zürich

Kontaktperson : Sonia Fröhlich de Moura

Telefon : +41 44 430 40 52

E-Mail : info@sgad.ch

Datum : 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 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) | 16 |
| Weitere Vorschläge | 22 |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 |
| SGAD | <p>I. Zusammenfassung</p> <p>Die SGAD lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der</p> |

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

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

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

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

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

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

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

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

| | |
|--|---|
| | <p>Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer 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).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und 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**

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

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

| | |
|--|---|
| | Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden. |
| | <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität). 3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen). |

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|--|--------|------|------|---|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| | Art.46 | | g | <p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i> | <p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> |
| | | | | <p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> | |
| | | | | <p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p> | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | 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 |
| | | <p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p> | |
| | | <p>Wir bieten Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern.</p> <p>(Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).</p> | Siehe Annex |
| | | | |

Département fédéral de l'intérieur
Monsieur le Conseiller fédéral
Alain Berset

Par e-mail à:

Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch;
gever@bag.admin.ch

Berne, le 23 septembre 2019

Consultation: Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) 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'admissions des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale

Réponse de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous vous remercions de nous offrir l'opportunité de participer à la consultation relative aux objets susmentionnés. La Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) est la plus grande société médicale spécialisée suisse. La SSMIG réunit des médecins qui exercent leur activité tant dans un cadre ambulatoire qu'hospitalier.

La SSMIG soutient la pétition lancée par la Fédération Suisse des Psychologues (FSP), l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP) et l'Association professionnelle Suisse de Psychologie Appliquée (SBAP) intitulée « Eliminer les obstacles – Garantir la prise en charge des maladies psychiques ». De ce fait, la SSMIG remercie le Conseil fédéral d'avoir lancé cette consultation qui prévoit de passer du modèle de la délégation à celui de la prescription. Le modèle en vigueur est injuste et entrave une prise en charge des soins de qualité.

Appréciation générale

La SSMIG se réjouit des nombreuses améliorations que ce projet de loi apporte. Pour les médecins la situation présente est insatisfaisante. Dans leur quotidien, il arrive trop souvent que les enfants, jeunes et adultes qui devraient suivre une psychothérapie, ne puissent pas être pris en charge de manière appropriée en raison des longs délais d'attente. Les conséquences sont désastreuses autant pour les personnes dans le besoin que pour le système de santé. Les problèmes psychiques se compliquent avec le temps ce qui accentue les souffrances des personnes concernées. Il en résulte des séjours hospitaliers onéreux, la prise de médicaments et des arrêts de travail – ce qui représente des coûts pour la société dans son ensemble. Ce modèle engendre par ailleurs une iniquité où les personnes qui ont les moyens peuvent suivre une thérapie en la payant de leur poche ou à travers leur assurance complémentaire.

Nous regrettons cependant que le projet de loi ait été élaboré sans la consultation préalable des psychiatres et des psychologues-psychothérapeutes, directement concernés dans leur travail quotidien par la modification envisagée. Nous prions donc l'administration fédérale à inviter les prestataires de soins concernés à participer à la conception de cette modification législative. Leur implication est essentielle, elle contribuera à améliorer la qualité et cohérence des modifications législatives prévues et par conséquent de la prise en charge future des patientes et patients.

Renforcement de la médecine de famille et de l'enfance

La mesure principale de ce projet consiste de passer d'un modèle où la prise en charge par des psychologues-psychothérapeutes ne peut être remboursée par l'AOS uniquement si elle a été déléguée et fournie sous la surveillance de psychiatres (ou médecins autorisés) dans les locaux de ces derniers, à un modèle où les psychothérapies pourront être prescrites par des médecins issus de diverses spécialisations, entre autres par un médecin de famille ou un pédiatre. La SSMIG se réjouit de la reconnaissance et du renforcement de la médecine interne générale et de la pédiatrie que ce projet englobe. Le médecin de famille et le pédiatre ont acquis dans le cadre de leur formation des compétences médicales, pharmacologiques et psychosociales qui leur permettent de prendre en charge une partie des troubles psychiques. Par ailleurs, proche des besoins et détenant une connaissance approfondie du contexte de vie de la personne, l'approche des médecins de famille et des pédiatres permet d'intégrer les soins psychiques et psychiatriques dans une vision globale des patientes et patients. Dans les situations qui demandent des compétences en santé mentale plus approfondies, les médecins de famille et les pédiatres pourront prescrire des consultations auprès des psychiatres ou psychologues-psychothérapeutes en fonction des cas.

Favoriser la collaboration interprofessionnelle

Peu importe le système choisi, il n'en reste pas moins que la collaboration interprofessionnelle est un facteur clé d'une prise en charge continue réussie. Or, comme le dit le rapport explicatif, les équipes interprofessionnelles sont encore peu établies en Suisse. Le rôle-clé du médecin généraliste se voit renforcé dans ce projet ce qui va de pair avec un besoin de collaboration interprofessionnelle accru entre le médecin de famille ou le pédiatre et le psychiatre ou les psychologues-psychothérapeutes dans les cas où cela s'avère nécessaire.

Consciente de l'importance de la collaboration interprofessionnelle, la SSMIG vise à promouvoir et développer des modèles de collaboration interprofessionnelle depuis de nombreuses années déjà. Pour une collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire réussie, il est essentiel que des conditions-cadres qui lui sont favorables soient mises sur pied, comme par exemple une position tarifaire adéquate pour coordonner la prise en charge des patientes et patients entre les différents intervenants et établissements. La SSMIG demande à ce que le système prévoit un financement adéquat permettant le renforcement de l'échange interprofessionnelle nécessaire à une collaboration réussie.

Nécessité d'agir dans d'autres domaines

Par ailleurs, le rapport explicatif mentionne les principales problématiques relatives à la pénurie des soins et soins inadaptés (p.6-7) : des capacités insuffisantes en termes d'établissement appropriés, manque de soins psychiatriques et psychiques dans les régions rurales, manque d'offres intermédiaires, problèmes de financement

des prestations de coordination, etc. Bien que le présent projet améliore indéniablement la prise en charge, d'autres mesures devront être prises par les acteurs (Confédération, cantons, fournisseurs de prestations, etc.) pour répondre à ces autres enjeux.

Augmentation des coûts

Comme le rapport de l'OFSP l'explique, une hausse des coûts va de pair avec les changements législatifs prévus. Il faut donc sensibiliser la politique, les assureurs, l'administration et les autres acteurs concernés à cette prévision afin d'éviter toute surprise face à l'augmentation des coûts dans ce domaine. Une augmentation se justifie dans le sens où la prise en charge sera considérablement améliorée.

Assurer une prise en charge des personnes atteintes de maladies psychiques et somatiques graves

Bien que d'avantage de personnes auront un accès à une prise psychothérapie, il reste essentiel que les personnes souffrant de maladies psychiques et somatiques graves puissent également accéder à une prise en charge de haute qualité conforme à leurs besoins. Les psychiatres tout particulièrement doivent recevoir le soutien approprié afin que l'accès à une thérapie soit également amélioré pour les personnes atteintes de maladies psychiques et somatiques graves.

Remarques par rapport à certains articles

Art. 50c, OAMal

La SSMIG salue l'uniformisation gage de qualité qu'entraîne cet article en demandant que les psychologues-psychothérapeutes soient titulaires d'un titre postgrade fédéral dans le domaine pour que leur activité soit prise en charge par l'AOS.

Art. 50c, al. 1 let. c, OAMal

Selon le projet dans sa version actuelle, une fois leur formation postgrade achevée, les psychologues-psychothérapeutes devront acquérir une expérience clinique d'un an dans un établissement de psychiatrie et psychothérapie en plus des deux ans déjà demandé pour obtenir leur postgrade. Les raisons mentionnées sont que cette pratique clinique n'implique pas forcément tout l'éventail des troubles et l'interprofessionnalité nécessaires pour le traitement de maladies dans le cadre de la LAMal. Pour la SSMIG, il est impératif que la formation des psychologues-psychothérapeutes soit établie de façon à assurer une prise en charge de haute qualité des patientes et patients. De ce fait, une année supplémentaire d'expérience clinique est acceptable dans la mesure où elle serait effectuée dans un établissement qui recouvre un vaste éventail des troubles les plus fréquents rencontrés en pratique et que cette expérience clinique supplémentaire puisse également avoir lieu durant la formation postgraduée. Il n'est pas compréhensible que le projet de loi actuel prévoit cette expérience clinique supplémentaire uniquement après l'achèvement de la formation postgraduée.

Par ailleurs, la SSMIG rejette le fait que cette expérience puisse uniquement avoir lieu "sous la direction d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie". La SSMIG demande à ce que cette expérience puisse aussi être acquise sous la direction d'une psychologue-psychothérapeute, titulaire d'un titre postgrade fédéral. En effet, cette disposition créerait un nouvel obstacle non-justifié à la formation des psychothérapeutes et limite le nombre de place de formation, ce qui aura un impact sur la disponibilité des soins.

De plus, nous demandons que la liste des établissements de l'ISFM des catégories A et B, soit élargie, afin de garantir un nombre suffisant de places de formation pour les psychologues-psychothérapeutes en formation. Pour la SSMIG il est essentiel que les psychologues-psychothérapeutes aient une expérience clinique suffisante leur permettant une prise en charge de haute qualité de l'ensemble des troubles auxquels ils peuvent être confrontés.

Art. 2, al. 1 let. b, OPAS

Avec l'ajout de cet article, il est demandé qu'un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final soient établis à l'aide d'instruments validés aussi bien pour la psychothérapie pratiquée par un psychologue que pour celle pratiquée par un médecin. La SSMIG demande à ce que cet article soit supprimé car ces mesures ne permettent pas d'assurer la qualité et l'adéquation des prestations fournies. D'une part, exercer un tel contrôle sur les personnes souffrant de maladies psychiques est une discrimination par rapport aux personnes souffrant de maladies somatiques. D'autre part, l'introduction d'un tel instrument poserait d'énormes problèmes aussi bien pour sa mise en œuvre que pour des questions de protection des données des patients, ainsi que pour les effets indésirables que cela pourrait avoir sur la décision d'un fournisseur de prestation de suivre ou non les patients ayant des troubles graves. Finalement, un tel instrument entrave la liberté thérapeutique des fournisseurs de prestations.

Art. 3b, al. 1, OPAS

La SSMIG est en faveur d'une limite de prescription à 40 séances avant de devoir demander à l'assurance une garantie de prise en charge au lieu des 30 proposées dans ce projet. La décision de réduire le temps de consultation n'est scientifiquement pas fondée. Les craintes de hausses injustifiées des coûts pour justifier le passage de 40 usuellement admis jusqu'ici à 30 sont injustifiées. La SSMIG demande donc que le nombre de séances soit établi à 40. Il y a par ailleurs aucune justification à ce que les psychiatres soient limités à 30 séances du fait que les psychologues-psychothérapeutes puissent à l'avenir facturer à la charge de l'AOS.

La SSMIG rejette également la limitation du temps maximal d'une séance à 60 minutes pour une thérapie individuelle et de 90 minutes pour une thérapie de groupe. De telles limitations n'ont pas leur place au niveau de l'ordonnance et doivent donc être supprimées. La nécessité ou non d'une prise en charge doit impérativement rester entre les mains du médecin.

Art. 11b, al. 2, OPAS

Le nombre maximal de séances de psychothérapie pratiquée par un psychologue est de quinze par prescription médicale. La SSMIG rejette cette disposition et demande 20 séances. La prescription de 20 séances est acceptable, tout particulièrement pour les thérapies à long terme. Dans le rapport de l'OFSP il est noté que les thérapies durent en moyenne plus de 30 séances. De ce fait, fixer 20 séances par prescription médicale et augmenter la limite des prescriptions à 40 séances avant de devoir demander une garantie à l'assurance fait plus de sens. Fixer la limite à moins de 20 séances est un facteur d'insécurité pour les patients. Cela induit une charge administrative et un coût supplémentaire pour les psychologues-psychothérapeutes comme pour les médecins faisant la prescription. Comme mentionné dans le cadre de l'art.

3b, al. 1, OPAS, la SSMIG rejette également la limitation de la durée des séances au niveau de l'ordonnance.

Art. 11b, al. 3, OPAS

La SSMIG rejette ici encore la limitation de la durée des séances au niveau de l'ordonnance.

Art. 11b, al. 5, OPAS


Le processus relatif au rapport à transmettre à l'assurance une fois que le nombre de 40 séances est dépassé est à clarifier : le médecin prescripteur demande au psychologue-psychothérapeute le rapport avant l'échéance des séances prescrites, puis le psychologue-psychothérapeute rédige le rapport à l'intention du médecin prescripteur.

Adaptation des conditions d'admissions des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale

La SSMIG approuve cette adaptation où les conditions d'admission peuvent directement se référer à celles définies dans la LPSan.

Nous vous remercions de votre attention et vous prions de recevoir, Monsieur le Conseiller fédéral, nos salutations distinguées.

Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)


Drahomir Aujesky
Prof. Dr. med.
Co-Président


Regula Capaul
Dr. med.
Co-Présidente

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

Abkürzung der Firma / Organisation : sgaop

Adresse : Bahnhofstrasse 2, 6060 Sarnen

Kontaktperson : Valerio Läubli

Telefon : 041 520 76 05

E-Mail : info@sgaop.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 |
| sgaop | <p>Die sgaop 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 Weiterbildung 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 sgaop bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme der sgaop der Stellungnahme der FSP entspricht.</p> |
| sgaop | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die sgaop klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die sgaop ist vollumfänglich einverstanden mit den Zielen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen vereinfachten Zugang zur Psychotherapie, speziell auch in Krisen- und Notfallsituationen. Durch die Anordnung seitens der GrundversorgerInnen 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 sgaop 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 in der Wirtschaft und im Gesundheitssystem einspart. |
| sgaop | <p>Inhalte der Vorlage, welche die sgaop ablehnt und deren Anpassung wir fordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die sgaop 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 sgaop lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. |

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

| | |
|-------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Die sgaop 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 sgaop lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die sgaop verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Die sgaop 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 sgaop 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. |
| Sgaop | <p>Ergänzungen, welche die sgaop vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die sgaop verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der sgaop braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Die sgaop 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 sgaop eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Die sgaop 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**

| | |
|-------|---|
| sgaop | 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) |
| sgaop | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| sgaop | 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 angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen). | |
| sgaop | 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. | |
| sgaop | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der sgaop unbestritten. Die sgaop 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 sgaop 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 sgaop begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die sgaop ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|-------|-----|---|------------|---|--|
| | | | | <p>problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die sgaop fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die sgaop ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| sgaop | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den</p> | 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. Die sgaop fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| sgaop | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die sgaop ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die sgaop 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 sgaop folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

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

| | | | | | |
|-------|----------------|-------|--|--|--|
| sgaop | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| sgaop | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen</p> <p>Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| sgaop | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die sgaop 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. | |
| sgaop | Übergangsbest. | 3 | | Die sgaop 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) |
| sgaop | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| sgaop | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die sgaop 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der 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. <p>Weitere Punkte gegen eine obligatorische Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik,</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>insbesondere in Bezug auf Fragebogen als Instrumente, könnten sein: Sprachliche Schwierigkeiten der Patienten beim Ausfüllen von standardisierten Instrumenten; der psychische Zustand des Patienten (welcher nicht immer das Ausfüllen eines solchen Instruments zulässt); die Verrechnung der Zeit, welche die Durchführung und das Auswerten der Instrumente in Anspruch nimmt. Zudem, wie bereits erwähnt wird, ist eine Verlaufsmessung bei Kurzzeittherapien nicht praktikabel. Bei manchen Anliegen der Patienten kann eine Testbatterie zudem eher verwirrend sein und dazu führen, dass sich die Patienten nicht ernst genommen fühlen - dies kann den Therapieverlauf negativ beeinflussen.</p> <p>Praxisbeispiel: Wenn Patientin mit gynäkopsychologischem Thema, Schwangerschaft fortsetzen oder abbrechen, in Therapie kommt und zuerst Fragen zu ihrer Familienbiografie beantworten muss.</p> <p>Die SGAOP 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</p> | |
|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 routinemässige Anwendung abgeleitet werden. | |
| sgaop | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die sgaop ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|-------|-----|--|---|---|--|
| | | | | <p>besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die sgaop ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| sgaop | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| sgaop | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| sgaop | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die sgaop 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un</p> |

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

| | | | | | |
|-------|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die sgaop geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die FSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...] |
| sgaop | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die sgaop den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen. | |
| sgaop | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| sgaop | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| sgaop | 11b | 4 | | Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen. | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem</p> |

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

| | | | | | |
|-------|---------------------|---|--|---|---|
| | | | | | anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht. |
| sgaop | 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. |
| sgaop | 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 : Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : SGAP-SPPA

Adresse : Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Dan Georgescu, Vizepräsident

Telefon : 056 462 23 46

E-Mail : dan.georgescu@pdag.ch

Datum : 5. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen

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

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

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

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

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

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

| | |
|--|---|
| | <p>Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang zu sein scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungsvorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne OKP-Zulassung (welche neben der einjährigen zusätzlichen klinischen Praxis eine abgeschlossene Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten bzw. zur eidg. anerkannten Psychotherapeutin voraussetzt) von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung und Weiterbildung zusätzlich erschweren würde. |
|--|---|

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

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

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Die SGAP-SPPA als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen aller Altersgruppen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13). Es gibt eine besonders starke Unterversorgung im Bereich Psychotherapie bei Älteren. Medikamente werden schlechter vertragen, weshalb diese Therapieform einen besonderen Stellenwert hat. Wenn Therapien in dieser Altersgruppe zur Ausbildung gehören, dann dürfte die Schwelle sinken, solche Patienten später auch zu behandeln Darüber hinaus gibt es spezifische Formen der Psychotherapie im Alter (in Bezug auf die Form (kürzere und häufigere Sitzungen), die Themen (z.B. Rollenwechsel, Trauer, Einsamkeit) und die Aufarbeitung von Inhalten (z.B. bei kognitiver Beeinträchtigung). Aus Sicht der SGAP-SPPA ist es fachlich nicht vertretbar, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ältere Personen selbstständig behandeln, ohne den Nachweis einer mindestens sechsmonatigen klinischen Erfahrung mit Personen dieser Altersgruppe erbringen zu müssen. Aus diesem Grund müssen die theoretischen Curricula der angehenden psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen curricular aufgebauten Theorie zur Alterspsychiatrie und -psychotherapie sowie Gerontopsychologie enthalten und eine mindestens sechsmonatige Rotation in einer SIWF-anerkannten alterspsychiatrischen Weiterbildungsstätte Kategorie C müsste obligatorisch sein. ○ Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikations- und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die |
|--|--|

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

| | |
|--|---|
| | <p>fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.</p> <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und aus ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und 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 durch die ausgelöste Mengenausweitung die Gefahr der konsekutiven Verschlechterung des Psychiatrie-Tarifs mit entsprechenden Folgen für die Behandlungsangebote nach sich ziehen. • Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich fördern, statt diese zu verhindern. |
| <p>Error! Reference source not found.</p> | <p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage klar ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur nicht durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden verkannt.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was</p> |

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

| | |
|--|--|
| | <p>eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde nicht genutzt, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> |
| | <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten <p>Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den deutlich gestiegenen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). Eine theoretische Weiterbildung sowie eine mindestens sechsmonatige klinische Erfahrung im Bereich der Alterspsychiatrie und -psychotherapie sollte als obligatorischer Bestandteil der Zulassungskriterien zur OKP gefordert werden.</p> 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).</p> 3. Kostendeckung gewährleisten |

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

| | |
|--|--|
| | 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). |
|--|--|

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|--|--------|------|------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| Error! Reference source not found. | Art.46 | | g | <p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> | <p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> |
| | | | | <p>Wir lehnen Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> | |
| | | | | <p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p> | |

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

| | | | | | |
|---|--------|-------|---|--|---|
| | | | | | |
| Error! Reference source not found. | Art.50 | Abs.1 | c | <p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> b. <i>einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> c. <i>nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>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.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p> | <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss insgesamt 5 Jahre (inkl. der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung») betragen und an mindestens drei SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie (davon sechs Monate in der Alterspsychiatrie und -psychotherapie) sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen.</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie, also auch in SIWF- anerkannten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätten der Kategorie C sowie in kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbildungsstätten zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). Eine mindestens sechsmonatige Rotation in eine SIWF- anerkannte alterspsychiatrische Weiterbildungsstätte der Kategorie C müsste von allen Weiterzubildenden gefordert werden.</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> | |
| | | | | <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss insgesamt 5 Jahre (inkl. der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung»)</p> | |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>betragen und an mindestens drei SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie (davon sechs Monate in der Alterspsychiatrie und -psychotherapie) sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen.</p> | |
| | | | | <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist absolut unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind,</p> | |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>wäre die Folge. Ein weiterer Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung und in der Weiterbildung zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach angepasster Regelung (das heisst psychologisch-psychotherapeutische Tätigkeit unter fachlichen Supervision und Leistungsverantwortung durch einen bzw. einer zur OKP zugelassenen eidg. anerkannten Psychotherapeuten resp. Psychotherapeutin) verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur nichtärztlichen psychologischen/psychotherapeutischen Leistungen in der Spitalpsychiatrie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| | | | | diese mit den angedachten 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 | Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen |
| | | | | <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i> 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen. 2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p> | |
| | | | | <p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> <p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden</p> | |

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

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.</p> | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | |
|--|--------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| Error! Reference source not found.SMHC | 2,3,11 | | |
| | | <p>Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</p> <p>Begründung Der Bundesrat schreibt im Faktenblatt zum Vernehmlassungsentwurf Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP: « Die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie gelten in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie.»</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, welche ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da</p> | <p>Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</p> |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p><i>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 Tarifaufonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der</p> | |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich nicht nur auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen, sondern auch auf die Tarife der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Die ärztliche Psychotherapie würde eine Einschränkung der Behandlungszeit um rund 40% gegenüber heute hinnehmen müssen (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]).</p> <p>Durch die Gleichstellung der psychologischen Psychotherapie mit der ärztlichen Psychotherapie und die Verknüpfung der beiden psychiatrischen Leistungen (ärztliche Psychotherapie bzw. IPPB) im TARMED und im TARDOC besteht die zusätzliche Gefahr, dass auch der Tarif für die IPPB durch die KLV-Änderung tangiert wird. Die IPPB ist das Kernangebot der psychiatrischen Spitalambulatorien: Sie schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen oder konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche führend-beratende Massnahmen.</p> <p>Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme und zur Gefahr einer Senkung der psychologischen aber auch der psychiatrischen Tarife mit entsprechenden Konsequenzen für die Versorgung aber auch für die Attraktivität der beiden psychiatrischen Fächer, welche mit grossen Nachwuchsproblemen zu kämpfen haben.</p> | |
|--|--|---|--|

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese 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.</p> | |
| | | <p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen systemrelevanten Eingriff in das Gesundheits- und das Berufsbildungssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen. Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p> | |
| | | Klinische Fachkompetenz erforderlich | |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen. Kein anderes Facharztweiterbildungsprogramm beinhaltet eine obligatorische klinische Erfahrung in einer SIWF-anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen resp. kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbildungsstätte.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden. Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und</p> | |
|--|--|---|--|

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den MedizinerInnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasseten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p> | |
| Error! Reference source not | | | |

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

| Weitere Vorschläge | | | |
|---|------|---|---------------|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| Error! Reference source not found. | | <p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p> | |
| Error! Reference source not found. | | | Siehe Annex |
| Error! Reference source not found. | | | |

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für Beratung

Abkürzung der Firma / Organisation : SGfB

Adresse : c/o FH SCHWEIZ, Konradstrasse 6, 8005 Zürich

Kontaktperson : Margot Ruprecht

Telefon : 062 562 84 48 / 079 277 22 80

E-Mail : m.ruprecht@sgfb.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 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 |
| SGfB | Wir möchten hier darauf hinweisen, dass die SGfB mit dieser Stellungnahme die Arbeit der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbänden ASP, FSP und SBAP unterstützt. |
| SGfB | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die SGfB klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SGfB 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 SGfB 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. |
| SGfB | <p>Inhalte der Vorlage, welche die SGfB ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SGfB 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 den administrativen Aufwand und letztendlich die Kosten steigert. Die SGfB lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeut*innen gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die SGfB 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 oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin zu absolvieren. Die SGfB lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die SGfB verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. |

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

| | |
|------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die SGfB ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin einverstanden. Der dazugehörige Bericht muss aber zwingend vom behandelnden Psychotherapeuten oder der behandelnden Psychotherapeutin verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. Die SGfB 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. |
| SGfB | <p>Ergänzungen, welche die SGfB vorschlägt, die im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeut*innen in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psycholog*innen in Weiterbildung zum Psychotherapeuten oder zur Psychotherapeutin nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die SGfB verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeut*innen gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzt*innen 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 Psychotherapeut*innen in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der SGfB braucht es weiterhin die Möglichkeit psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die SGfB unterstützt grundsätzlich Massnahmen, welche ungerechtfertigte Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich die SGfB eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. . Psychotherapie basiert auf Sprache. Die SGfB fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 der Schweizer Amtssprache 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**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|---|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| SGfB | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. SGfB | 50b | | | Keine Bemerkungen | |
| SGfB | 50c | 1 | a & b | Eidg. Titel und kantonale Bewilligung Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeut*innen auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige. | |
| SGfB | 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 SGfB unbestritten. Die SGfB 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 SGfB steht aber der geforderten zusätzlichen Erfahrung von 12 Monaten klinischer Praxis kritisch gegenüber, sofern diese nur nach Abschluss der Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten oder zur eidg. anerkannten | 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 |

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

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <p>Psychotherapeutin erfolgen kann. Die SGfB begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die SGfB ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmed-Positionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte und Ärztinnen).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt oder einer Fachärztin in Psychiatrie und Psychotherapie begleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen, insbesondere auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die SGfB fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige</p> | <p>Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |
|--|--|--|--|---|

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

| | | | | | |
|------|-----|---|------------|---|---|
| | | | | <p>Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs. 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die SGfB ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten oder einer eidg. anerkannten Psychotherapeutin erfolgen können. | |
| SGfB | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die SGfB fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium in die Verordnung aufgenommen wird.</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| SGfB | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die SGfB ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die SGfB 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 SGfB folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> |

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

| | | | | | |
|------|----------------|-------|--|---|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| SGfB | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| SGfB | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die SGfB begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandwahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeut*innen. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise 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.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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) |
| SGfB | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| SGfB | 2 | 1 | b | <p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Die SGfB teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit dem Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wird das Ziel verfehlt. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten oder jede Patientin würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische als auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig wären. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten oder einzelne Patientin 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 | <p>Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen</p> <p>b. Sie umfasst eine Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten</p> |

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

| | | | | | |
|------|---|--|--|---|--|
| | | | | <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Die SGfB schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
| SGfB | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die SGfB ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren waren die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient*in). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patient*innen nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen, insbesondere Kriseninterventionen, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc., damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die SGfB ist der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|------|-----|----------------------------|---|--|---|
| SGfB | 3b | Sachüberschrift 1 und 4 | | Siehe Begründung zu Art. 3. | Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...] |
| SGfB | 11b | 1 | | Keinen Bemerkungen | |
| SGfB | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte und Ärztinnen</p> <p>Die SGfB begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzt*innen. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedene Kategorien von Ärzt*innen dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt oder eine andere Ärztin eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die SGfB geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---------|---|--|--|
| SGfB | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die SGfB den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzt*innen jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |
| SGfB | 11b | 2 und 4 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeut*innen ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patient*innen und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden.</p> | <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |

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

| | | | | | |
|------|---------------------|---|--|---|--|
| | | | | <p>Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | |
| SGfB | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| SGfB | 11b | 4 | | <p>Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.</p> | <p>Antrag auf Streichung</p> |
| SGfB | 11b | 5 | | <p>Die Berichte nach 40 Stunden müssen vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten oder von der fachverantwortlichen Psychotherapeutin erstellt werden und nicht vom anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin. Alles andere ist nicht sachgerecht.</p> | <p>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 Bericht erfolgt durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin, der Antrag durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin.</p> |
| SGfB | Übergangsbestimmung | | | <p>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.</p> | |

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

Abkürzung der Firma / Organisation : SGGPP

Adresse : Aktuar
Dr. med. Ch. Kälin / Schmiedgasse 19 / 9000 St. Gallen

Kontaktperson : Dr. med. Christian Kälin

Telefon : 071 244 14 02

E-Mail : admin@sggpp.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 |
| SGGPP | DIE FACHGESELLSCHAFT DER PSYCHIATERINNEN UND PSYCHIATER DES KANTONS ST. GALLEN (117 MITGLIEDER) LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNG IN DER VORLIEGENDEN FORM AB. |
| SGGPP | <p>Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der direkt Betroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden.</p> <p>Wir fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</p> |

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| <u>SGGPP</u> | 50 | 1 | c | <p>Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B).</p> <p>Mit der heutigen Regelung haben viele psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen.</p> <p>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 Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und</p> | <p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 3 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmезwang mit breitem Krankheitsspektrum).</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung wird nicht behoben werden, hingegen wird es zu einer Fehlversorgung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Sie werden grosse Mühe haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>(vgl. auch Bemerkung weiter unten Art. 2, Abs. 1, Bst. b) KVV)</p> <p>Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p>FORDERUNG: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wie bereits früher schon, fordern wir eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf <u>drei</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</p> | |
|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>ausschliesslich SIWF-anerkannte Institutionen der Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenzwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</p> <p>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die SGGPP, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</p> <p>Die St. Galler Gesellschaft der Psychiaterinnen unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</p> | |
| <u>SGGPP</u> | | | | <p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Personen zu behandeln, obwohl sie als Therapeuten nur über ein Jahr klinischer Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art.11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharzttitle für</p> | <p>STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Die <u>SGGPP</u> erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p> <p>FORDERUNG: Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist entsprechend explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologische Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt liegt.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | |
|---|-----------------------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| SGGPP | 2, Abs. 1, Bst. B) | <p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig.</p> <p>Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Gegebenenfalls können, abhängig vom Krankheitsbild, zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie oder bei systemischen Therapien wie Angehörigenschulung, Familientherapie inadäquat.</p> <p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, präferiert doch die neue Anordnung einseitig gewisse Therapieschulen. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Methoden reduziert und</p> | STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>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.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen</p> | |
|--|--|---|--|

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

| | | | |
|--------------|--------|--|---|
| | | <p>mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen noch weniger einen Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbar Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.</p> <p>Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> <p>FORDERUNG: Die SGGPP. fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</p> | |
| <u>SGGPP</u> | Art. 3 | <p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der 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).</p> <p>Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30</p> | <p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppen- und Systemtherapien.</p> |

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

| | | | |
|--------------|----------------------|--|---|
| | | <p>anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher, ohne erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. –zahler.</p> <p>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachegesuch!</p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p> <p>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</p> | |
| <u>SGGPP</u> | Art. 11b, Bst. A. | <p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische</p> | <p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder</p> |

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

| | | | |
|--|-----------------------------|--|---|
| | | <p>wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.</p> <p>FORDERUNG: Die <u>SGGPP</u> verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</p> <p>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</p> | <p>eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p> |
| | Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5 | <p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen</p> <p>«Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht... der Antrag mit Bericht erfolgt durch den</p> | |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin»</p> <p>Wie kann die Ärztin, der Arzt objektiv urteilen ohne Einbezug in die Therapie? Wie kann sie oder er urteilen ohne vertiefte Kenntnisse bzw. ohne entsprechende Erfahrung und Ausbildung in der Behandlung von 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?</p> <p>FORDERUNG: Die Psychologischen Therapeutinnen und Therapeuten sind so auszuwählen (u.a. 3 Jahre Klinikerfahrung), dass sie eine einmal angeordnete Therapie gänzlich in eigener Verantwortung durchführen und abschliessen - oder aber bei Problemen sich selbst rechtzeitig an einen Facharzt oder Fachärztin zu wenden wissen.Sie sind dem Auftraggeber und der zahlenden Instanz gegenüber direkt verantwortlich.</p> | |
|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 |
| SGGPP | | <p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) durchzuführen ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung betrachtet eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend!</p> <p>FORDERUNG: Die SGPP und die SGKJPP sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.</p> | <p>Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung!</p> |
| SGGPP | | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.</p> | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).</p> |
| SGGPP | | <p>Die Inhalte der Verordnungsänderungen ebenso wie deren gesundheitspolitischen wie auch finanziellen Auswirkungen scheinen zu wenig reflektiert. Enorm problematisch ist die</p> | |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | 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. | |
|--|--|---|--|

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

Abkürzung der Firma / Organisation : SGGPsy

Adresse : Universität Zürich, Psychologisches Institut, Angewandte Sozial- und Gesundheitspsychologie,
Binzmühlestrasse 14 / Box 14, 8050 Zürich

Kontaktperson : Urte Scholz, Prof. Dr.

Telefon : 044 – 635 72 50

E-Mail : urte.scholz@psychologie.uzh.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 **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 |
| SGGPSY | Die SGGPSY 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 Psychotherapeut*innen 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 SGGPSY bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringenden nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen. |
| SGGPSY | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die SGGPSY klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SGGPSY 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 Grundversorgenden 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 SGGPSY mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten Ärzt*innen. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der Patient*innen erhöht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart. |
| SGGPSY | <p>Inhalte der Vorlage, welche die SGGPSY ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SGGPSY lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die SGGPSY 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 / einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin zu absolvieren. |

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

| | |
|--------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die SGGPSY lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die SGGPSY verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die SGGPSY ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie durch den anordnenden Arzt / die anordnende Ärztin einverstanden. Der dazugehörige Bericht muss aber zwingend vom behandelnden Psychotherapeuten / von der behandelnden Psychotherapeutin verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. |
| SGGPSY | <p>Ergänzungen, welche die SGGPSY vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeut*innen in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psycholog*innen in Ausbildung zu Psychotherapeut*innen nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die SGGPSY verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeut*innen gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistent analog den Ärzt*innen 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 Psychotherapeut*innen in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der SGGPSY braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die SGGPSY 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 SGGPSY eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Die Einführung einer kontinuierlichen Evaluation der Therapie bei Psycholog*innen und Ärzt*innen ist begrüssenswert und bei wissenschaftlicher psychologischer Psychotherapie «state of the art». In der Zwischenzeit 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. Berichte sollen durch die Fachperson erstellt und unterzeichnet werden, die den/die Patienten/in behandelt und die Psychotherapie durchgeführt und am engsten begleitet hat und somit Verlauf und mögliche Prognose am besten kennt. Deshalb sollen die Berichte 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**

| | |
|--|--|
| | den fallverantwortlichen Psychotherapeut*innen unterschrieben werden und nicht vom anordnenden Arzt / von der anordnenden Ärztin. |
|--|--|

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| SGGPSY | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die SGGPSY steht für evidenzbasierte 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 |
| SGGPSY | 11b | 5 | | Die Berichte nach 30 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 und nicht vom anordnenden Arzt. | Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 30 Sitzungen fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar; der Antrag erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin, <u>der Bericht erfolgt durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin.</u> |
| SGGPSY | 45-50a | | | 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**

| | | | | | |
|--------|-----|---|-------|--|--|
| SGGPSY | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsycholog*innen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsycholog*innen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| SGGPSY | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeut*innen auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.</p> | |
| SGGPSY | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der SGGPSY unbestritten. Die SGGPSY 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</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer</p> |

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

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | <p>Rahmen des KVG. Die SGGPSY steht aber der geforderten zusätzlichen Erfahrung von 12 Monaten klinischer Praxis kritisch gegenüber, sofern diese nur nach Abschluss der Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeut*innen erfolgen kann. Die SGGPSY begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die SGGPSY ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Arzt*innen).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt / einer Fachärztin in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die SGGPSY fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden.</p> | <p>Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |
|--|--|--|---|---|

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

| | | | | | |
|--------|-----|---|--|--|---|
| | | | | <p>Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die SGGPSY ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes / einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeut*innen erfolgen können. | |
| SGGPSY | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die SGGPSY ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die SGGPSY 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 SGGPSY folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> |

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

| | | | | |
|--------|-----------|--|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeut*innen zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| SGGPSY | 52d | | Keine Bemerkungen | |
| SGGPSY | (neu) 52e | | <p>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.</p> | <p>Organisation der Neuropsycholog*innen Organisationen der Neuropsycholog*innen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; |

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

| | | | | | |
|--------|----------------|-------|--|--|--|
| | | | | | an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden. |
| SGGPSY | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die SGGPSY begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeut*innen. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird. | |
| SGGPSY | Übergangsbest. | 3 | | Die SGGPSY stellt fest, dass bei der Übergangsbestimmung die Neuropsycholog*innen keine Erwähnung finden. Es gibt einige Kantone, die bisher keine Bewilligungspflicht für die Neuropsycholog*innen kennen. Daher kann eine Übergangsbestimmung, welche die Neuropsycholog*innen 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) |
| SGGPSY | 2 | 1 | a,b | Keine Bemerkungen | |
| SGGPSY | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| SGGPSY | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzt*innen</p> <p>Die SGGPSY begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzt*innen. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedene Kategorien von Ärzt*innen dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die SGGPSY geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die FSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |

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

| | | | | | |
|--------|-----|---|---|---|--|
| | | | | korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr) | |
| SGGPSY | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die SGGPSY den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzt*innen jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |
| SGGPSY | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeut*innen ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patient*innen und die Therapie. Die Behandlung</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer</p> |

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

| | | | | | |
|--------|-----|---|--|---|--|
| | | | | <p>von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| SGGPSY | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| SGGPSY | 11b | 4 | | <p>Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.</p> | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.</p> |
| SGGPSY | 11b | 5 | | <p>Die Berichte nach 30 Stunden müssen vom fallverantwortlichen Psychotherapeut*innen erstellt werden und nicht vom anordnenden Arzt / von der anordnenden Ärztin. Alles andere ist nicht sachgerecht.</p> | <p>Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 30 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.</p> |

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

| | | | | | |
|--------|---------------------|--|--|---|--|
| SGGPSY | 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 : **Schweizerische Gesellschaft für Integrative Therapie**

Abkürzung der Firma / Organisation : **SGIT**

Adresse : Susenbergstrasse 45 8044 Zürich

Kontaktperson : Marianne Bamert (Präsidentin Psychologinnen-Sektion)

Telefon :

E-Mail : mabamert@bluewin.ch

Datum : 01.10.2019

**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 |
|------------|---|
| SGIT | <p>Die SGIT 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 SGIT bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p style="background-color: yellow;">Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme der SGIT der Stellungnahme der FSP entspricht.</p> |
| SGIT | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die SGIT klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SGIT 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 SGIT 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. |
| SGIT | <p>Inhalte der Vorlage, welche die SGIT ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SGIT 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 SGIT lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die SGIT ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der |

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

| | |
|------|--|
| | <p>Weiterbildung und auch unter der Leitung eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SGIT lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die SGIT verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die SGIT 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 SGIT 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. |
| SGIT | <p>Ergänzungen, welche die SGIT vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die SGIT 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 SGIT braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die SGIT 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 SGIT eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die SGIT 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**

| | |
|------|--|
| SGIT | 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) |
| SGIT | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| SGIT | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| SGIT | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| SGIT | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der SGIT unbestritten. Die SGIT 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 SGIT 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 SGIT begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die SGIT ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---------|--|---|
| | | | | <p>werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die SGIT fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die SGIT ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| SGIT | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die SGIT fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|--|---|---|
| | | | | die Verordnung aufgenommen wird. | |
| SGIT | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die SGIT ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die SGIT 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 SGIT folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| SGIT | 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**

| | | | | | |
|------|----------------|-------|--|--|---|
| SGIT | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| SGIT | Übergangsbest. | 1 & 2 | | <p>Die SGIT begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeuten. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.</p> | |

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

| | | | | | |
|------|----------------|---|--|--|---|
| SGIT | Übergangsbest. | 3 | | Die SGIT 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) |
| SGIT | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| SGIT | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die SGIT 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: <ul style="list-style-type: none"> 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Die SGIT 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</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| SGIT | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die SGIT ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|--|---|---|---|
| | | | | damit deutlich erschwert. Die SGIT 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. | |
| SGIT | 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 [...] |
| SGIT | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| SGIT | 11b | 1 | a | Anordnungsbefugte Ärzte Die SGIT 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**

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|--|
| | | | | <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die SGIT geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die SGIT ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | |
| SGIT | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die SGIT 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.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| SGIT | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| SGIT | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| SGIT | 11b | 4 | | <p>Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.</p> | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.</p> |

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

| | | | | | |
|------|---------------------|---|--|---|---|
| SGIT | 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. |
| SGIT | 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 : Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : SGKJPP

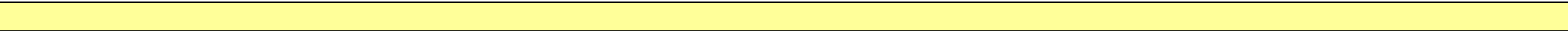
Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Hélène Beutler, Co-Präsidentin / Alain di Gallo, Co-Präsident

Telefon : 031 313 88 34

E-Mail : sgkjpp@psychiatrie.ch

Datum : 17.09.2019



**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 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 |
|------------|---|
| SGKJPP | Die SGKJPP lehnt die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form ab. |
| | <p>Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, vorgenommen wurden.</p> <p><i>Die SGKJPP fordert die Rücknahme der Änderungen bei der ärztlichen Psychotherapie und in Zukunft eine Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i></p> |

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| SGKJPP | 50 | 1 | c | <p>Psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B). 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.</p> <p>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</p> | <p>...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).</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>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).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse sowie IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele 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.</p> <p>Die Unterversorgung wird für viele Kranke nicht</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>behooben 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)</p> <p>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.</p> <p>FORDERUNG der SGKJPP: 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 sollte zwingend in einer SIWF-</p> | |
|--|--|--|---|--|

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

| | | | | |
|---------------|--|--|--|--|
| | | | <p><i>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 Facharzttitel in Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.</i></p> <p>FORDERUNG SGKJPP: 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).</p> <p>Die SGKJPP unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</p> | |
| SGKJPP | | | <p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Kinder und Jugendliche zu behandeln, obwohl sie als Therapeutinnen und Therapeuten nur über mindestens zwei Jahre klinische</p> | <p>STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen.</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art.11b KLV auch durch Ärztinnen und Ärzte, ohne Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Die SGKJPP erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p> <p>Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologische Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt, der anordnenden Ärztin liegt.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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 |
| SGKJPP | 2, Abs. 1, Bst. b) | <p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unnötig.</p> <p>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. .</p> <p>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.</p> <p>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</p> | STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>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.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht, aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen 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</p> | |
|--|--|---|--|

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

| | | | |
|---------------|--------|--|---|
| | | <p>finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbaren Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.</p> <p>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?</p> <p>FORDERUNG: Die SGKJPP fordert, dass Punkt 1b gestrichen wird.</p> | |
| SGKJPP | Art. 3 | <p>Kostenübernahme</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>FORDERUNG SGKJPP: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such</p> | <p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p> |

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

| | | | |
|--------|----------------------|---|---|
| | | <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>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.</p> <p>Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Behandlung gleich.</p> <p>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die Psychotherapie</p> | |
| SGKJPP | Art. 11b, Bst. a. | <p>Wer kann anordnen?</p> <p>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.</p> | <p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und -psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis „Psychosomatische und psychosoziale Medizin“ (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> |

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

| | | | |
|--------|-----------------------------------|--|--|
| | | <p>FORDERUNG SGKJPP: Die SGKJPP verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können.</p> <p>FORDERUNG SGKJPP: 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.</p> | <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und -psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis „Psychosomatische und psychosoziale Medizin“ (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis „Anordnung Psychotherapie“.</p> |
| SGKJPP | Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5 | <p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen</p> <p>«Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht... der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin»</p> <p>Wie kann die Ärztin, der Arzt 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.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 |
| SGKJPP | | <p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) durchzuführen ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend.</p> <p>FORDERUNG: Die SGKJPP ist in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.</p> | <p>Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung.</p> |
| SGKJPP | | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.</p> | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).</p> |
| SGKJPP | | <p>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</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Die SGKJPP fordert 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 : Schweizerische Gesellschaft für Laufbahn- und Personalpsychologie

Abkürzung der Firma / Organisation : SGLP, Geschäftsstelle

Adresse : Feldgütliweg 84, 8706 Meilen

Kontaktperson : Lorenzo Medici

Telefon : 044 930 12 12

E-Mail : info@via-medici.ch

Datum : 16.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **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 |
| SGLP | <p>Die SGLP 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 SGLP bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Als Gliedverband der FSP schliesst sich die Schweizerische Gesellschaft für Laufbahn- und Personalpsychologie im Wesentlichen der Stellungnahme der FSP an. <i>Wir sind jedoch grundsätzlich der Meinung, dass die Psychotherapie für die Bevölkerung direkt zugänglich sein sollte bei psychischen Krankheiten, ohne dass die Bevölkerung vorher bei einem Arzt vorstellig werden muss, welche die Psychotherapie anordnet. Denn für viele Patienten sind psychische Krankheiten nach wie vor deutlich stigmatisiert, so dass sie möglichst wenige, zusätzliche Personen wie Ärzte als (wiederholte) Bittsteller involvieren wollen (nach 15 oder 30 Sitzungen). In diesem Sinne stellt das Anordnungsmodell auch ein gewisses psychisches Hemmnis für viele Patienten dar, was dem staatlichen Ziel eines niederschweligen Zugangs zur Psychotherapie widerspricht.</i></p> <p><i>Eine einzige fachliche Ansprechperson für therapiebedürftige Probleme des Erlebens und Verhaltens in Arbeits und (Wieder)eingliederungssituationen erleichtert Person- und Laufbahnpsychologen ist in der konkreten Alltagspraxis effizientes und eingliederungswirksames Bewahren und Fördern der beruflichen Leistungsfähigkeit der Klienten.</i></p> |
| SGLP | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die SGLP klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SGLP 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 SGLP 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. |

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

| | |
|------|--|
| SGLP | <p>Inhalte der Vorlage, welche die SGLP ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die SGLP 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 SGLP lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Die SGLP 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 SGLP lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die SGLP verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Die SGLP 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 SGLP 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. |
| SGLP | <p>Ergänzungen, welche die SGLP vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die SGLP 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. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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"> • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der SGLP braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Die SGLP 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 SGLP eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Die SGLP fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
| SGLP | 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) |
| SGLP | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| SGLP | 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 | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen). | |
| SGLP | 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. | |
| SGLP | 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 SGLP unbestritten. Die SGLP 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 SGLP 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 SGLP begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden | Änderungs- und Ergänzungsvorschlag: c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten. |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>können. Für die SGLP ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die SGLP fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|------|-----|---|------------|--|---|
| | | | | <p>Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die SGLP ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| SGLP | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die SGLP fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| SGLP | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die SGLP ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die SGLP 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 SGLP folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----------|--|--|--|---|
| | | | | <p>Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| SGLP | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| SGLP | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen |

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

| | | | | | |
|------|----------------|-------|--|--|---|
| | | | | | <p>d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;</p> <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| SGLP | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die SGLP 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. | |
| SGLP | Übergangsbest. | 3 | | Die SGLP 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) |
| SGLP | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| SGLP | 2 | 1 | b | <p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Die SGLP teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit dem Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wird das Ziel verfehlt. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für 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 | <p>Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen</p> <p>b. Sie umfasst eine Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten</p> |

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

| | | | | | |
|------|---|--|--|---|--|
| | | | | <p>beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der Eingangsdiagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Die SGLP schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
| SGLP | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die SGLP ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die SGLP ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|------|-----|--|---|--|---|
| SGLP | 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 [...] |
| SGLP | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| SGLP | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die SGLP begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzte. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedene Kategorien von Ärzten dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die SGLP geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die SGLP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|--|
| | | | | laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr) | |
| SGLP | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die SGLP den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |
| SGLP | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 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. | Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie. |
| SGLP | 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. |
| SGLP | 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. |
| SGLP | 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. |

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

| | | | | | |
|------|---------------------|--|--|---|--|
| SGLP | 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. | |
|------|---------------------|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|------|--|-----|-----|------|------|----------|
| AmtL | GP | KUV | OeG | VS | R | IT+GEVER |
| DS | Bundesamt für Gesundheit 18. 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

Präsident:
Herr Prof. Dr. Peter Weber
Leitender Arzt
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Neuropädiatrie/Entwicklungs pädiatrie
Spitalstrasse 33
4031 Basel
email: peter.weber@ukbb.ch

Basel, den 16. Oktober 2019

Geschäftsstelle SGNP
Frau Christa Kubat
Blumenweg 13
5036 Oberentfelden
email: sgnp@bluewin.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)

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Im Namen der Schweizerischen Gesellschaft für Neuropädiatrie (SGNP) begrüßen wir prinzipiell die geplante Änderung mit Wechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell. Aus der praktischen Erfahrung bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit neurologischen und Entwicklungsstörungen fehlen für den Bereich der qualifizierten psychologisch psychotherapeutischen Versorgung dieser Patienten und ihrer Familien ausreichende Therapieangebote durch qualifiziert ausgebildete psychologische Psychotherapeuten. Dieser Mangel kann durch die vorhandenen ärztlich psychotherapeutisch tätigen KollegInnen in vielen Regionen in der Schweiz nicht aufgefangen werden. Dies führt dazu, dass nur Kinder/Jugendliche, bei denen von der Invalidenversicherung ein Geburtsgebrechen anerkannt ist, mit dem man aufgrund der primären oder einer sekundären Symptomatik eine Psychotherapie begründen kann oder die privat zusatzversichert sind von einem Angebot profitieren, von dem das «nur» grundversicherte Kind nicht profitieren kann. Dies führt zu einer weiteren Verschärfung sozialer Ungleichheiten und widerspricht dem Prinzip der Chancengleichheit im Gesundheitswesen.

Welche fachlichen Voraussetzungen an eine/einen gemäss Anordnungsmodell psychotherapeutisch tätigen Psychologen zu stellen sind, kann von uns nicht fachgerecht beantwortet oder beurteilt werden, so dass wir zu diesem Punkt keine Stellung beziehen möchten. Vielmehr vertrauen wir diesbezüglich auf die mit der Weiterbildung dieser Berufsgruppen beschäftigten Fachgremien resp. halten eine Weiterbildung in Analogie zu den Anforderungen der ärztlich psychotherapeutischen Weiterbildung wie vom SIWF strukturiert für naheliegend.

Dabei gilt es sicherzustellen, dass ein Grossteil der Weiterbildung in fachlich qualifizierten Institutionen erfolgt, in denen unter nicht- kommerziellen Gesichtspunkten die Supervision und Anleitung in der Ausbildung erfolgt. Unseres Erachtens sollte eine Kommerzialisierung der Weiterbildung vermieden werden.

Unabhängig davon bleibt Fakt, dass sich unserer Einschätzung nach die Versorgungssituation betroffener Kinder/Jugendlicher mit chronisch-neurologischen Erkrankungen und/oder relevanten Entwicklungsstörungen mit komorbid behandlungsbedürftigen psychologischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert durch den geplanten Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell verbessern wird.

Mit freundlichen Grüßen und bestem Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme.



Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Peter Weber

Spez. Neuropädiatrie (SGNP), Entwicklungspädiatrie (SGEP),

spez Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM)

Präsident der Schweiz Gesellschaft für Neuropädiatrie, Oberentfelden

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 : SOCIETE GENEVOISE DE PEDIATRIE

Abréviation de l'entreprise / organisation : SGP

Adresse : 15 RUE GRAND-BAY

Personne de référence : BATTISTI THIERRY

Téléphone : 079 281 31 14

Courriel : battisti.thierry@bluewin.ch

Date : 16.10.2019

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

La Société genevoise de pédiatrie accueille avec enthousiasme ce projet de révision de l'Oamal. Nous comprenons que nos collègues psychiatres émettent des objections que l'on puisse leur enlever des prérogatives de contrôles de la psychothérapie. Il est clair que en tant que médecins de premier recours nous ne devons prendre aucun risque pour nos patients et ne devons pas hésiter à demander un examen par un psychiatre si nous l'estimons nécessaire.

Notre formation de pédiatre nous permet néanmoins de décider si notre patient peut être suivi par un psychologue ou si la gravité de son cas nécessite le recours à un psychiatre. De même, nous soutenons que les psychologues sont capables, de part leur formation, de référer les patients à un psychiatre lorsque la situation dépasse leurs compétences comme par exemple le recours à une médication.

Prenons l'exemple d'une famille dysfonctionnelle dont une guidance parentale est rapidement nécessaire, il est primordial que nous puissions la prescrire rapidement. Nous prescrivons d'ailleurs déjà des psychothérapies directement à des psychologues mais cela n'est remboursé que par l'assurance complémentaire. Il se trouve qu'à Genève il est très difficile d'avoir des pédopsychiatres rapidement disponibles non seulement en pratique privée mais aussi dans les services de l'Etat comme la Guidance infantile et l'Office médicopédagogique. Les familles doivent patienter au minimum deux mois pour un rendez-vous et cela n'est pas acceptable.

L'argument financier d'augmentation des coûts est selon nous, non justifié au regard des coûts indirects nettement supérieurs liés à l'abstention thérapeutique. Une prescription de psychothérapie par le médecin de premier recours garantie au contraire une maîtrise des coûts comme cela est démontré pour le recours aux spécialistes.

Jusqu'à présent, seuls les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire obtiennent un remboursement des traitements chez les psychologues. Pour éviter une médecine à deux vitesses et permettre l'accès aux soins à tous les enfants, ce qui est un droit fondamental, nous soutenons pleinement l'association MFE et les organisations de patients.

Herr Bundesrat Alain Berset
Eidgenössisches Departement des Inneren EDI
Per Mail an:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Schinnach Bad, 30. September 2019

Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (SGPMR) zum Vernehmlassungsentwurf „Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP“ vom 26. Juni 2019

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset, sehr geehrte Damen und Herren

Als SGPMR (Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation) möchten wir im Rahmen der Vernehmlassung zu obigem Thema Stellung nehmen. Als Fachärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation sind wir täglich mit chronisch kranken Patienten und insbesondere auch mit chronischen Schmerzpatienten konfrontiert. Die Rehabilitationsmedizin ist ein Paradebeispiel für eine ganzheitliche, fächerübergreifende und interdisziplinäre Medizin, denn echte Rehabilitation gelingt nur im Team. Neben der Medizin, Pflege, Physio- und Ergotherapie sowie allenfalls Ernährungsberatung, Logopädie und Sozialdienst ist die psychologische Psychotherapie ein sehr bedeutender und wichtiger Teil dieses Teams (auch im ambulanten Setting). Es ist deswegen entscheidend wichtig, dass auch Fachärzte und Fachärztinnen für Physikalische Medizin und Rehabilitation eine psychologische Psychotherapie auch in Zukunft anordnen können. Deshalb bitten wir Sie hiermit, dass unter Voraussetzungen für die psychologische Psychotherapie (Artikel 11b, Absatz 1, Buchstabe a) entsprechend auch Ärzte und Ärztinnen mit dem Weiterbildungstitel Physikalische Medizin und Rehabilitation aufgeführt werden. Die zukünftigen Rehabilitationspatienten sind Ihnen dafür dankbar.

Freundliche Grüsse


Im Namen des Vorstandes der SGPMR
Dr. med. Stefan Bützberger, Präsident SGPMR
Stefan.buetzberger@aarreha.ch
T: 056 463 86 12



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

Änderung vom ...

*Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI)
verordnet:*

I

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995¹ wird wie folgt geändert:

Art. 2 Abs. 1

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie, sofern sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- a. Die Wirksamkeit der angewandten Methode ist wissenschaftlich belegt.
- b. Sie umfasst eine Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten.

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.

Art. 3b Sachüberschrift und Abs. 1 Einleitungssatz

Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 30 Sitzungen

¹ SR 832.112.31

¹ Soll die Psychotherapie nach 30 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin rechtzeitig Bericht zu erstatten. Der Bericht muss enthalten:

Gliederungstitel vor Art. 11b

6. Abschnitt: Psychologische Psychotherapie

Art. 11b

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der psychologischen Psychotherapie, die von psychologischen Psychotherapeuten und psychologischen Psychotherapeutinnen nach den Artikeln 46 und 50c KVV oder von Organisationen der psychologischen Psychotherapie nach Artikel 52d KVV durchgeführt werden. Die Kosten werden übernommen, wenn die Leistungen die Grundsätze nach Artikel 2 einhalten und wie folgt erbracht werden:

- 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 Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie, 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. 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.

² 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.

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.

⁴ Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.

⁵ Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 30 Sitzungen fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar; der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom (Datum)

Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis 12 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum)

III

Diese Verordnung tritt am (Datum) in Kraft.

...

Eidgenössisches Departement des Innern:

Alain Berset

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

Abkürzung der Firma / Organisation : SGPP

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Pierre Vallon, Präsident

Telefon : 031 313 88 33

E-Mail : pierre.vallon@psychiatrie.ch

Datum : 02.09.2019

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 |
| SGPP | DIE SGPP LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB. |
| | <p>Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden.</p> <p><i>Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i></p> |

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| SGPP | 50 | 1 | c | <p>Psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B). 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.</p> <p>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</p> | <p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 3 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmepflicht mit breitem Krankheitsspektrum).</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>postulierten 100 Mio.), <u>ohne</u> entsprechende Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung wird nicht behoben werden, 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</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

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

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>brauchen, kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Sie werden grosse Mühe haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten (vgl. auch Bemerkung weiter unten Art. 2, Abs. 1, Bst. b) KVV)</p> <p>Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p><i>FORDERUNG SGPP: 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,</i></p> | |
|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|
| | | | | <p><i>denn ausschliesslich SIWF-anerkannte Institutionen der Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenzwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</i></p> <p>FORDERUNG SGPP: <i>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).</i></p> <p>Die SGPP <i>unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</i></p> | |
| SGPP | | | | <p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Personen zu behandeln, obwohl sie als Therapeuten nur über ein Jahr klinischer Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art.11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> | <p>STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen.</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Die SGPP erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p> <p>Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist entsprechend explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologische Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt liegt.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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 |
| SGPP | 2, Abs. 1, Bst. b) | <p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig.</p> <p>Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Gegebenenfalls können, abhängig vom Krankheitsbild, zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat.</p> <p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, präferiert doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der</p> | STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen</p> | |
|--|--|--|--|

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

| | | | |
|------|--------|--|---|
| | | <p>Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbar Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.</p> <p>Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> <p><i>FORDERUNG: Die SGPP fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</i></p> | |
| SGPP | Art. 3 | <p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der Verordnungsänderung zu erwartenden Mengenausweitung als Argument einer kostendämpfenden Massnahme zu dienen.</p> <p>Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken und sind eine Beeinträchtigung für die Therapie (Stichworte Vertrauensbildung und Sicherheit).</p> <p>Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher, ohne erkennbaren Nutzen für die</p> | <p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p> |

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

| | | | |
|------|----------------------|--|--|
| | | <p>Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. –zahler.</p> <p><i>FORDERUNG SGPP: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p> <p><i>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie!</i></p> | |
| SGPP | Art. 11b, Bst. a. | <p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche</p> | <p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem</p> |

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

| | | | |
|------|-----------------------------------|---|--|
| | | <p>Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.</p> <p>FORDERUNG SGPP: <i>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</i></p> <p>FORDERUNG SGPP: <i>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.</i></p> | <p>Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p> |
| SGPP | Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5 | <p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen</p> <p>«Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht... der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin»</p> <p>Wie kann die Ärztin, der Arzt objektiv urteilen ohne Einbezug in die Therapie? Wie kann sie oder er urteilen ohne vertiefte Kenntnisse bzw.</p> | |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | 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 |
| SGPP | | <p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) durchzuführen ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung betrachtet eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend!</p> <p>FORDERUNG: Die SGPP ist in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.</p> | <p>Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung!</p> |
| SGPP | | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.</p> | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).</p> |
| SGPP | | <p>Die Inhalte der Verordnungsänderungen ebenso wie deren gesundheitspolitischen wie auch finanziellen Auswirkungen scheinen zu wenig reflektiert. Enorm problematisch ist die inhärente Botschaft, dass psychiatrische Störungen behandlungsmässig in die Nähe von somatischen Beschwerden</p> | |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | gerückt werden, die mit eine, zwei oder auch drei Anordnungen für x Sitzungen adäquat behandelt werden können. Es würde den angestrebten Verordnungsänderungen im Sinne ihrer durch den Bundesrat zu verfolgenden Zielsetzungen gut anstehen, deren Ausgestaltung durch ein interdisziplinäres ExpertInnengremium der betroffenen Fachorganisationen nochmals grundsätzlich zu überdenken. | |
|--|--|--|--|

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

**Schweizerische Gesellschaft für
Sportpsychiatrie und -psychotherapie
c/o Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Dr. med. Malte Christian Claussen
Lenggstrasse 31
Postfach 363
8032 Zürich**

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

Zürich, 01. 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 Schweizerische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie (SGSPP) 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 SGSP 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 SGSPP 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 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 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 Chefarzte 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 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 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. M.C. Claussen

Präsident SGSP

(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 : Schweizerische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : SGSP

Adresse : c/o Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Lenggstrasse 31, Postfach 363, 8032 Zürich

Kontaktperson : Dr. med. Malte Christian Claussen (Präsident SGSP)

Telefon : 044 384 26 21

E-Mail : malte.claussen@puk.zh.ch

Datum : 01. 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 |
| <p>Error! Reference source not found.SGSP</p> | <p>I. Zusammenfassung</p> <p>Die SGSP lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für</p> |

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

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

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

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

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

| | |
|--|--|
| | <p>dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. Die SGSPP 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**

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

| | |
|--|---|
| | |
| <p>Error! Reference source not found.</p> | <p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <p>1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten</p> |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| | | | | <p>angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p> | |
| Error! Reference source not found. | | | | <p>II</p> <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</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</p> | <p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> |
| | | | | | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasseten 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. | | <p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p> | |

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>Tariffsystembedingte 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.

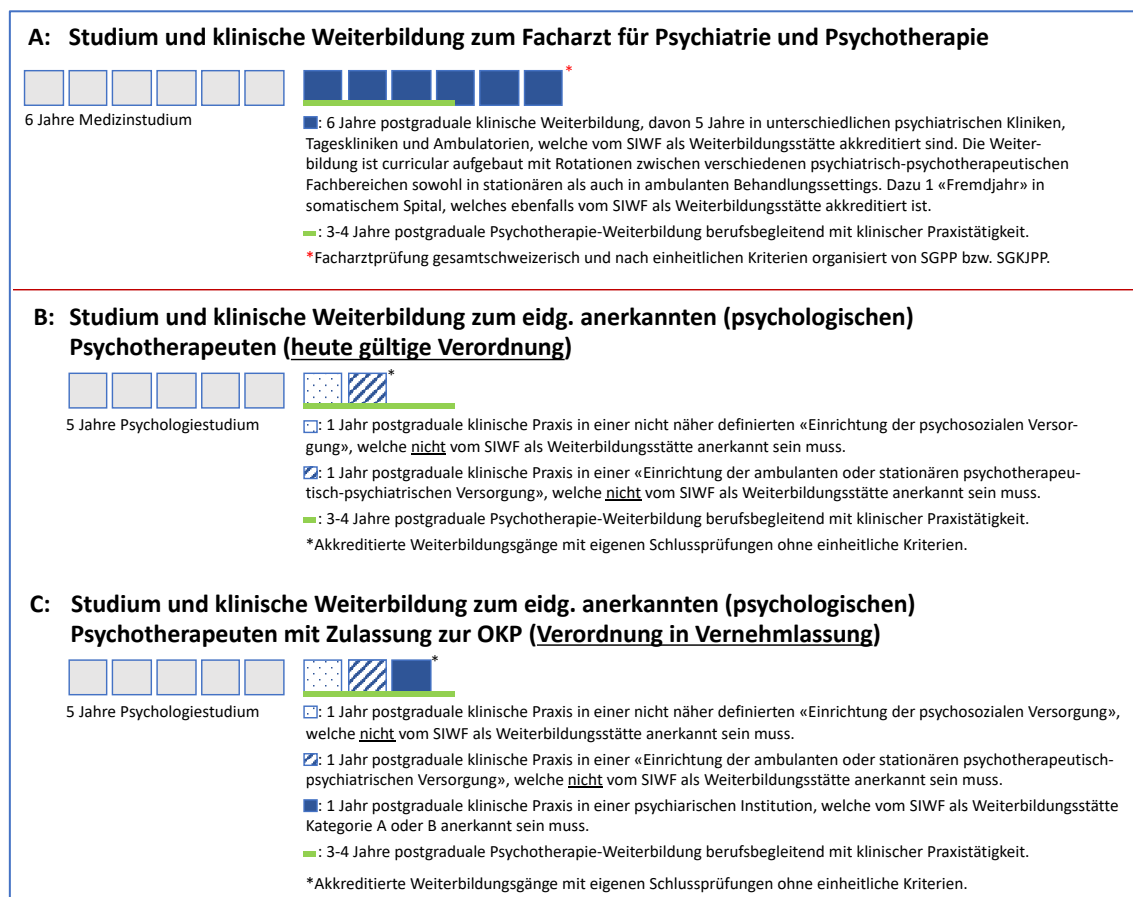


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

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

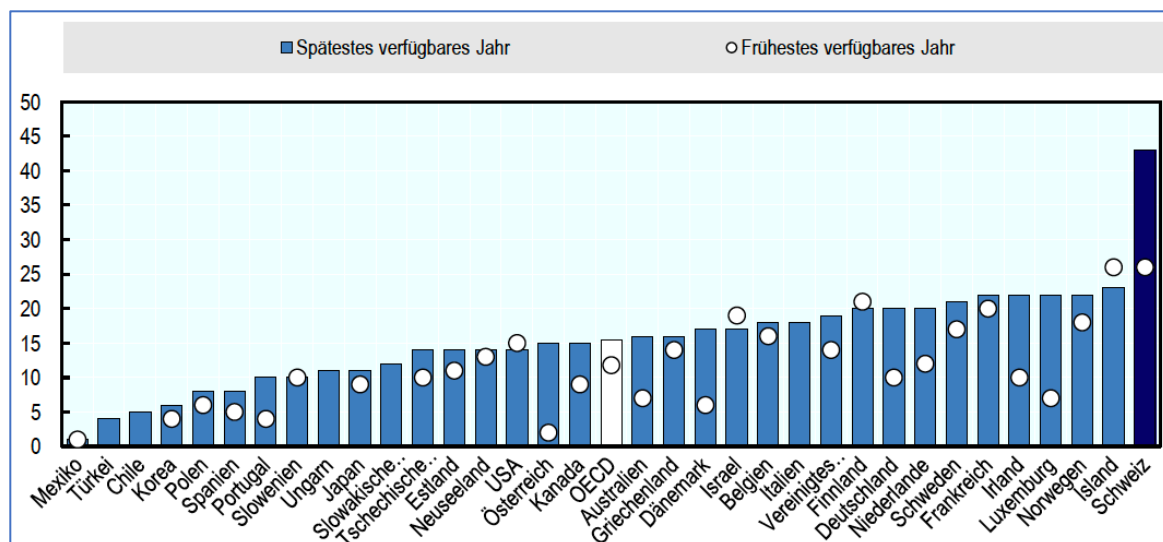


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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

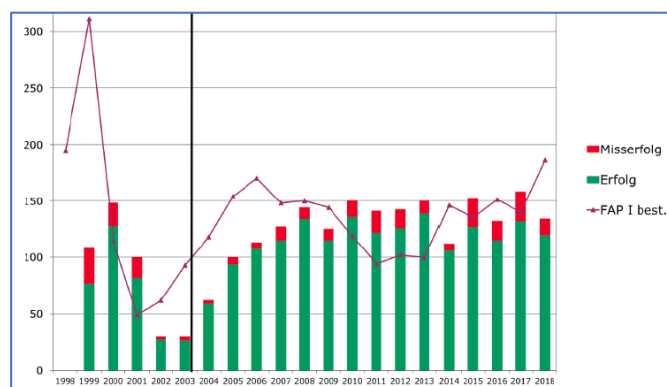


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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

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

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

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

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-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.

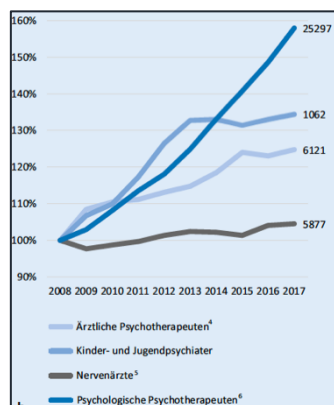


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte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

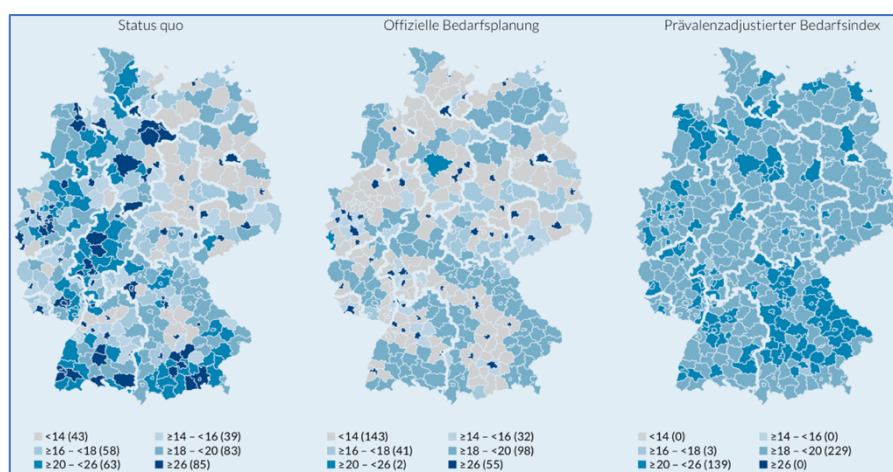


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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.

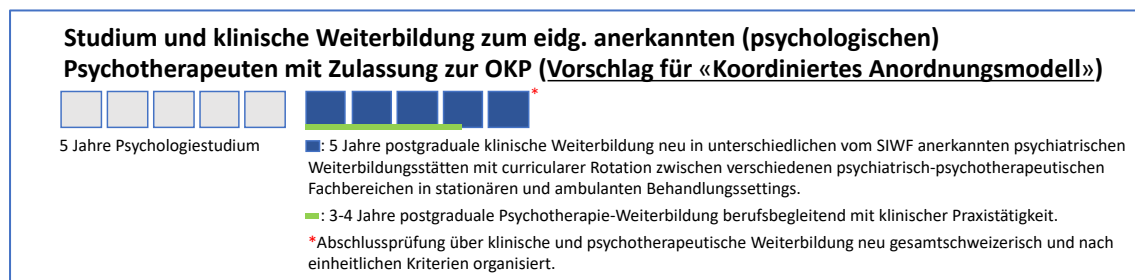


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu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

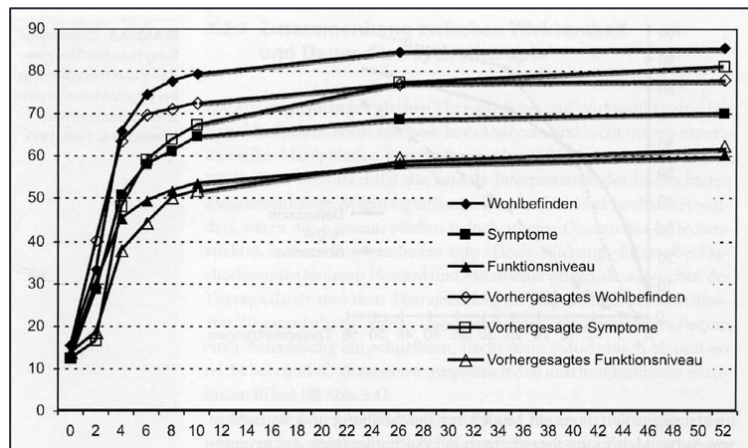


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

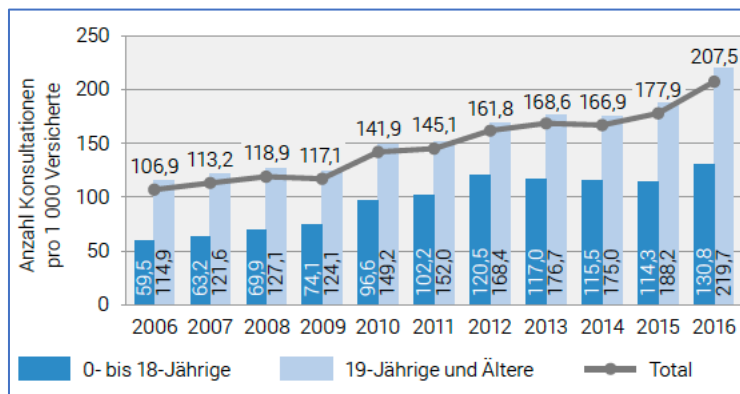


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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.

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

Abkürzung der Firma / Organisation : SGVT

Adresse : Weihergasse 7, 3005 Bern

Kontaktperson : Andi Zemp

Telefon : 031 311 12 12

E-Mail : info@sgvt-sstcc.ch

Datum : 17.09.2019

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 |
| SGVT | Die SGVT 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 SGVT 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. |
| SGVT | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die SGVT klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SGVT 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 SGVT 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. |
| SGVT | <p>Inhalte der Vorlage, welche die SGVT ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SGVT 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 SGVT lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die SGVT ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. |

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

| | |
|------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die SGVT lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die SGVT verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die SGVT 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 SGVT 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. |
| SGVT | <p>Ergänzungen, welche die SGVT vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die SGVT verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der SGVT braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die SGVT 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 SGVT eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die SGVT 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**

| | |
|------|---|
| SGVT | 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) |
| SGVT | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| SGVT | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| SGVT | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| SGVT | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der SGVT unbestritten. Die SGVT 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 SGVT 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 SGVT begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die SGVT ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|------------|---|--|
| | | | | <p>problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die SGVT fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die SGVT ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| SGVT | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den</p> | 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. Die SGVT fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| SGVT | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die SGVT ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die SGVT 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 SGVT folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

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

| | | | | | |
|------|----------------|-------|--|--|--|
| SGVT | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| SGVT | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen</p> <p>Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| SGVT | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die SGVT 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. | |
| SGVT | Übergangsbest. | 3 | | Die SGVT 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) |
| SGVT | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| SGVT | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die SGVT 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der 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. <p>Die SGVT schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| SGVT | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die SGVT ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten,</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|--|---|---|--|
| | | | | <p>Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die SGVT ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| SGVT | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| SGVT | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| SGVT | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die SGVT 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie</p> |

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

| | | | | | |
|------|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die SGVT geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die SGVT ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | <p>pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| SGVT | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die SGVT den Vorschlag, dass bei</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| SGVT | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| SGVT | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| SGVT | 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. |
| SGVT | 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. |
| SGVT | 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 : Schweizerischer Hebammenverband Sektion Beide Basel

Abkürzung der Firma / Organisation : SHV Sektion Beide Basel

Adresse : Haltingerstrasse 99, 4057 Basel

Kontaktperson : Stefanie Germann, Präsidentin

Telefon : 079 515 62 91

E-Mail : info@baslerhebamme.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 17.10.2019 an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen

| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
|---|--|
| Error! Reference source not found. SHV | <p>Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) ist der Berufsverband der rund 3200 Hebammen in der Schweiz. Er vertritt die Belange der angestellten und der selbstständig erwerbenden Hebammen. Wir bedanken uns für die Möglichkeit, an der Vernehmlassung zur KVV-Änderung teilzunehmen.</p> <p>Geburtshilfe findet sowohl intramural in Spitälern oder Geburtshäusern wie auch extramural bei den Frauen zu Hause statt. Hebammen nehmen deshalb in der medizinischen Grundversorgung einen wichtigen Stellenwert ein. Hebammen erbringen in der Schweiz, im Gegensatz zu anderen nicht-ärztlichen Fachpersonen, im <u>Regelfall</u> (Physiologie) ihre Leistungen ohne ärztliche Verordnung. Seit 1.1.2017 können Hebammen gemäss KVV 45a <i>Organisationen der Hebammen</i> gründen. Der SHV hat nun das zur Vernehmlassung vorliegende Dokument geprüft. Es ist aufgefallen, dass beim vorliegenden Änderungsvorschlag zu Artikel 45 KVV wichtige, in der Fassung vom 1.1.2017 aufgeführte Formulierungen nicht aufgeführt sind, nämlich Formulierungen, die den Erwerb der praktischen Tätigkeit festlegen und die sich auf selbstständig erwerbende Hebammen und Organisationen der Hebammen beziehen. Üblicherweise werden bei Vernehmlassungen die Änderungen abgebildet, sowie dies beim vorliegenden Text über die <i>Zulassung der Hebamme</i> der Fall ist. Da bei allen anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen jedoch nicht nur die Änderungen aufgeführt sind, sondern der Gesamttext zur <i>Zulassung</i> aufgeführt ist, haben wir uns entschlossen, eine Rückmeldung zu geben, damit die aus rechtlicher Sicht wichtigen, bis anhin gültigen Gesetzesformulierungen auch zukünftig eindeutig sind. Wir bitten Sie, unsere Änderungsvorschläge zu berücksichtigen.</p> |
| 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.SHV | 45 | 1 | a und b, Ziffer 1 bis 4 und c | <p>Den gesamten Gesetzesartikels haben wir deshalb explizit aufgeführt, damit rechtlich eindeutig ist, welche Ziffern gestrichen resp. welche Abschnitte neu formuliert sind (Markierung in Gelb).</p> <p>Zu Punkt 2: Wir schlagen vor, dass neu kantonal bewilligte Geburtshäuser und kantonal bewilligte Geburtspraxen namentlich erwähnt werden. Beide Institutionen haben entweder einen gesetzlichen Ausbildungsauftrag oder bieten auf freiwilliger Basis Ausbildungsplätze für Hebammenstudierende an. Sie bieten Studierenden Einblick in das gesamte Spektrum der Hebammentätigkeit (Schwangerschaftskontrollen, Geburten, Wochenbettbetreuungen, Stillberatungen). Deshalb soll die praktische Berufserfahrung zum Erwerb der Zulassungsbedingungen auch in einem kantonal bewilligten Geburtshaus / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter Leitung einer Hebamme erfolgen können.</p> <p>Zu Punkt 3: Die vorgesehene Aufhebung der bestehenden Ziffer 3 begrüssen wir.</p> <p>Zu Punkt 4: Soll wie bisher bestehen bleiben.</p> | <p>Die Hebammen haben nachzuweisen:</p> <p>a. einen Bachelor of Science in Hebamme FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 des Gesundheitsberufegesetzes vom 30. September 2016 (GesBG9 gleichwertigen Bildungsabschluss</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> <p>1. bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme,</p> <p>2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals oder eines kantonal bewilligten Geburtshauses / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter der Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt</p> <p>3. <u>Aufgehoben</u></p> <p>4. in einer Organisation der Hebammen unter Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzung dieser Verordnung erfüllt</p> <p>c. eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG.</p> |

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 : Fédération suisse des sages-femmes, section Fribourg

Abréviation de l'entreprise / organisation : FSSF

Adresse : Chemin de Chanta-Grelet 16, 1730 Ecuwillens

Personne de référence : Lorraine Gagnaux

Téléphone : 026 411 00 05

Courriel : info@sage-femme-fribourg.ch

Date : 04.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 17.10.2019 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 |
| Error! Reference source not found.FSSF | <p>La Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) est l'association professionnelle des quelque 3200 sages-femmes en Suisse. Elle défend les intérêts des sages-femmes tant salariées qu'indépendantes. Nous sommes reconnaissantes de la possibilité qui nous est donnée de participer à la consultation sur la modification de l'OAMal.</p> <p>Les soins périnataux ont lieu aussi bien en interne, dans les hôpitaux ou les maisons de naissance, qu'en externe, au domicile des femmes. Les sages-femmes jouent donc un rôle important dans les soins de santé de base. Contrairement à d'autres spécialistes non médicaux, les sages-femmes en Suisse exercent <u>généralement</u> leurs activités (physiologie) sans ordonnance médicale. Depuis le 1^{er} janvier 2017, selon l'art. 45a OAMal, les sages-femmes peuvent créer des <i>organisations de sages-femmes</i>. La FSSF a donc examiné le document soumis à la consultation. Elle a constaté que, dans la présente proposition de modification de l'article 45 OAMal, des formulations importantes qui figuraient dans la version du 1.1.2017 n'ont pas été réécrites. Il s'agit notamment des formulations qui se rapportent à l'exercice de l'activité pratique et qui concernent les sages-femmes indépendantes et les organisations de sages-femmes. Habituellement, dans les consultations, les changements sont clairement visibles, comme c'est le cas avec le texte actuel sur <i>l'admission des sages-femmes</i>. Etant donné que, pour tous les autres groupes professionnels non médicaux, on mentionne non seulement les changements, mais aussi le texte complet pour <i>l'admission</i>, nous avons décidé de faire une remarque à ce sujet afin que les formulations légales importantes d'un point de vue juridique et valables jusqu'à présent demeurent sans ambiguïté également à l'avenir. Nous vous prions de bien vouloir prendre en compte nos propositions de modification.</p> |
| Error! Reference source not found. | |
| Error! Reference source not found. | |

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) |
| Error! Reference source not found. FSSF | 45 | 1 | let a,b, ch 1 – 4 c | <p>C'est la raison pour laquelle nous avons explicitement retranscrit l'ensemble de l'article de loi afin qu'on puisse voir clairement du point de vue juridique quels sont les chiffres qui ont été supprimés et quelles sections ont été reformulées (marquage en jaune).</p> <p>A propos du point 2: Nous proposons que les maisons et les cabinets de naissance bénéficiant d'une autorisation cantonale soient désormais nommément mentionnés. Les deux institutions ont un mandat légal de formation, ou bien offrent sur une base volontaire des places de formation pour les étudiantes sages-femmes. Elles offrent aux étudiantes un aperçu de l'ensemble des activités de la profession de sage-femme (contrôles de grossesse, naissances, soins post-partum, consultations d'allaitement). C'est pourquoi, l'expérience pratique pour l'acquisition des conditions d'admission devrait également pouvoir avoir lieu dans une maison ou un cabinet de naissance au bénéfice d'une autorisation cantonale, sous la direction d'une sage-femme.</p> <p>A propos du point 3: Nous nous félicitons de l'abrogation prévue du chiffre 3 actuel.</p> | <p>Les sages-femmes doivent:</p> <p>a. être titulaires d'un Bachelor of Science HES de sage-femme ou d'un diplôme reconnu équivalent selon l'art. 10 ou de l'art. 34, al. 3, de la loi du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (LPSan)</p> <p>b. avoir exercé pendant deux ans une activité pratique:</p> <p>1. auprès d'une sage-femme; admise en vertu de la présente ordonnance,</p> <p>2. dans la division d'obstétrique d'un hôpital, ou d'une maison ou d'un cabinet de naissance bénéficiant d'une autorisation cantonale, sous la direction d'une sage-femme remplissant les conditions d'admission de la présente ordonnance.</p> <p>3. abrogé</p> |

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

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| | | | | A propos du point 4: Devrait demeurer comme avant. | 4. dans une organisation de sages-femmes sous la direction d'une sage-femme; admise en vertu de la présente ordonnance, c. disposer d'une autorisation cantonale selon l'art. 12 ou l'art. 34, al. 1, LPSan. |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference | | | | | |

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

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Bergstrasse 9, 8755 Ennenda

Kontaktperson : Sabina Oertli

Telefon : 079 751 31 03

E-Mail : sabinaoertli@gmail.com

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 17.10.2019 an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen

| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
|---|--|
| Error! Reference source not found. SHV | <p>Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) ist der Berufsverband der rund 3200 Hebammen in der Schweiz. Er vertritt die Belange der angestellten und der selbstständig erwerbenden Hebammen. Wir bedanken uns für die Möglichkeit, an der Vernehmlassung zur KVV-Änderung teilzunehmen.</p> <p>Geburtshilfe findet sowohl intramural in Spitälern oder Geburtshäusern wie auch extramural bei den Frauen zu Hause statt. Hebammen nehmen deshalb in der medizinischen Grundversorgung einen wichtigen Stellenwert ein. Hebammen erbringen in der Schweiz, im Gegensatz zu anderen nicht-ärztlichen Fachpersonen, im <u>Regelfall</u> (Physiologie) ihre Leistungen ohne ärztliche Verordnung. Seit 1.1.2017 können Hebammen gemäss KVV 45a <i>Organisationen der Hebammen</i> gründen. Der SHV hat nun das zur Vernehmlassung vorliegende Dokument geprüft. Es ist aufgefallen, dass beim vorliegenden Änderungsvorschlag zu Artikel 45 KVV wichtige, in der Fassung vom 1.1.2017 aufgeführte Formulierungen nicht aufgeführt sind, nämlich Formulierungen, die den Erwerb der praktischen Tätigkeit festlegen und die sich auf selbstständig erwerbende Hebammen und Organisationen der Hebammen beziehen. Üblicherweise werden bei Vernehmlassungen die Änderungen abgebildet, sowie dies beim vorliegenden Text über die <i>Zulassung der Hebamme</i> der Fall ist. Da bei allen anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen jedoch nicht nur die Änderungen aufgeführt sind, sondern der Gesamttext zur <i>Zulassung</i> aufgeführt ist, haben wir uns entschlossen, eine Rückmeldung zu geben, damit die aus rechtlicher Sicht wichtigen, bis anhin gültigen Gesetzesformulierungen auch zukünftig eindeutig sind. Wir bitten Sie, unsere Änderungsvorschläge zu berücksichtigen.</p> |
| 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.SHV | 45 | 1 | a und b, Ziffer 1 bis 4 und c | <p>Den gesamten Gesetzesartikels haben wir deshalb explizit aufgeführt, damit rechtlich eindeutig ist, welche Ziffern gestrichen resp. welche Abschnitte neu formuliert sind (Markierung in Gelb).</p> <p>Zu Punkt 2: Wir schlagen vor, dass neu kantonal bewilligte Geburtshäuser und kantonal bewilligte Geburtspraxen namentlich erwähnt werden. Beide Institutionen haben entweder einen gesetzlichen Ausbildungsauftrag oder bieten auf freiwilliger Basis Ausbildungsplätze für Hebammenstudierende an. Sie bieten Studierenden Einblick in das gesamte Spektrum der Hebammentätigkeit (Schwangerschaftskontrollen, Geburten, Wochenbettbetreuungen, Stillberatungen). Deshalb soll die praktische Berufserfahrung zum Erwerb der Zulassungsbedingungen auch in einem kantonal bewilligten Geburtshaus / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter Leitung einer Hebamme erfolgen können.</p> <p>Zu Punkt 3: Die vorgesehene Aufhebung der bestehenden Ziffer 3 begrüssen wir.</p> <p>Zu Punkt 4: Soll wie bisher bestehen bleiben.</p> | <p>Die Hebammen haben nachzuweisen:</p> <p>a. einen Bachelor of Science in Hebamme FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 des Gesundheitsberufegesetzes vom 30. September 2016 (GesBG9 gleichwertigen Bildungsabschluss</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> <p>1. bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme,</p> <p>2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals oder eines kantonal bewilligten Geburtshauses / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter der Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt</p> <p>3. Aufgehoben</p> <p>4. in einer Organisation der Hebammen unter Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzung dieser Verordnung erfüllt</p> <p>c. eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG.</p> |

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

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Mühlackerstrasse 26, 3930 Visp

Kontaktperson : Ruth Karlen, Präsidentin

Telefon : 079 763 95 49

E-Mail : ruthkarlen@hebamme-hin.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17.10.2019 an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen

| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
|---|--|
| Error! Reference source not found. SHV | <p>Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) ist der Berufsverband der rund 3200 Hebammen in der Schweiz. Er vertritt die Belange der angestellten und der selbstständig erwerbenden Hebammen. Wir bedanken uns für die Möglichkeit, an der Vernehmlassung zur KVV-Änderung teilzunehmen.</p> <p>Geburtshilfe findet sowohl intramural in Spitälern oder Geburtshäusern wie auch extramural bei den Frauen zu Hause statt. Hebammen nehmen deshalb in der medizinischen Grundversorgung einen wichtigen Stellenwert ein. Hebammen erbringen in der Schweiz, im Gegensatz zu anderen nicht-ärztlichen Fachpersonen, im <u>Regelfall</u> (Physiologie) ihre Leistungen ohne ärztliche Verordnung. Seit 1.1.2017 können Hebammen gemäss KVV 45a <i>Organisationen der Hebammen</i> gründen. Der SHV hat nun das zur Vernehmlassung vorliegende Dokument geprüft. Es ist aufgefallen, dass beim vorliegenden Änderungsvorschlag zu Artikel 45 KVV wichtige, in der Fassung vom 1.1.2017 aufgeführte Formulierungen nicht aufgeführt sind, nämlich Formulierungen, die den Erwerb der praktischen Tätigkeit festlegen und die sich auf selbstständig erwerbende Hebammen und Organisationen der Hebammen beziehen. Üblicherweise werden bei Vernehmlassungen die Änderungen abgebildet, sowie dies beim vorliegenden Text über die <i>Zulassung der Hebamme</i> der Fall ist. Da bei allen anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen jedoch nicht nur die Änderungen aufgeführt sind, sondern der Gesamttext zur <i>Zulassung</i> aufgeführt ist, haben wir uns entschlossen, eine Rückmeldung zu geben, damit die aus rechtlicher Sicht wichtigen, bis anhin gültigen Gesetzesformulierungen auch zukünftig eindeutig sind. Wir bitten Sie, unsere Änderungsvorschläge zu berücksichtigen.</p> |
| 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.SHV | 45 | 1 | a und b, Ziffer 1 bis 4 und c | <p>Den gesamten Gesetzesartikels haben wir deshalb explizit aufgeführt, damit rechtlich eindeutig ist, welche Ziffern gestrichen resp. welche Abschnitte neu formuliert sind (Markierung in Gelb).</p> <p>Zu Punkt 2: Wir schlagen vor, dass neu kantonal bewilligte Geburtshäuser und kantonal bewilligte Geburtspraxen namentlich erwähnt werden. Beide Institutionen haben entweder einen gesetzlichen Ausbildungsauftrag oder bieten auf freiwilliger Basis Ausbildungsplätze für Hebammenstudierende an. Sie bieten Studierenden Einblick in das gesamte Spektrum der Hebammentätigkeit (Schwangerschaftskontrollen, Geburten, Wochenbettbetreuungen, Stillberatungen). Deshalb soll die praktische Berufserfahrung zum Erwerb der Zulassungsbedingungen auch in einem kantonal bewilligten Geburtshaus / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter Leitung einer Hebamme erfolgen können.</p> <p>Zu Punkt 3: Die vorgesehene Aufhebung der bestehenden Ziffer 3 begrüssen wir.</p> <p>Zu Punkt 4: Soll wie bisher bestehen bleiben.</p> | <p>Die Hebammen haben nachzuweisen:</p> <p>a. einen Bachelor of Science in Hebamme FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 des Gesundheitsberufegesetzes vom 30. September 2016 (GesBG9 gleichwertigen Bildungsabschluss</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> <p>1. bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme,</p> <p>2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals oder eines kantonal bewilligten Geburtshauses / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter der Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt</p> <p>3. Aufgehoben</p> <p>4. in einer Organisation der Hebammen unter Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzung dieser Verordnung erfüllt</p> <p>c. eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG.</p> |

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

Abkürzung der Firma / Organisation : SHV Sektion Ostschweiz

Adresse : St. Peterzellerstrasse 12. 9633 Hemberg

Kontaktperson : Sektionspräsidentin, Bettina Gertsch

Telefon : 078 613 38 86

E-Mail : bettina.gertsch@ostschweizer-hebammen.ch

Datum : 22. 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 17.10.2019 an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

| Allgemeine Bemerkungen | |
|---|--|
| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. SHV Sektion Ostschweiz | <p>Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) Sektion Ostschweiz ist der Hebammenberufsverband der Kantone St. Gallen, Thurgau, Graubünden, beide Appenzell und das Fürstentum Liechtenstein. Er vertritt die Belange der angestellten und der selbstständig erwerbenden Hebammen. Wir bedanken uns für die Möglichkeit, an der Vernehmlassung zur KVV-Änderung teilzunehmen.</p> <p>Geburtshilfe findet sowohl intramural in Spitälern oder Geburtshäusern wie auch extramural bei den Frauen zu Hause statt. Hebammen nehmen deshalb in der medizinischen Grundversorgung einen wichtigen Stellenwert ein. Hebammen erbringen in der Schweiz, im Gegensatz zu anderen nicht-ärztlichen Fachpersonen, im <u>Regelfall</u> (Physiologie) ihre Leistungen ohne ärztliche Verordnung. Seit 1.1.2017 können Hebammen gemäss KVV 45a <i>Organisationen der Hebammen</i> gründen. Der SHV Sektion Ostschweiz hat nun das zur Vernehmlassung vorliegende Dokument geprüft. Es ist aufgefallen, dass beim vorliegenden Änderungsvorschlag zu Artikel 45 KVV wichtige, in der Fassung vom 1.1.2017 aufgeführte Formulierungen nicht aufgeführt sind, nämlich Formulierungen, die den Erwerb der praktischen Tätigkeit festlegen und die sich auf selbstständig erwerbende Hebammen und Organisationen der Hebammen beziehen. Üblicherweise werden bei Vernehmlassungen die Änderungen abgebildet, sowie dies beim vorliegenden Text über die <i>Zulassung der Hebamme</i> der Fall ist. Da bei allen anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen jedoch nicht nur die Änderungen aufgeführt sind, sondern der Gesamttext zur <i>Zulassung</i> aufgeführt ist, haben wir uns entschlossen, eine Rückmeldung zu geben, damit die aus rechtlicher Sicht wichtigen, bis anhin gültigen Gesetzesformulierungen auch zukünftig eindeutig sind. Wir bitten Sie, unsere Änderungsvorschläge zu berücksichtigen.</p> |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. SHV Sektion Ostschweiz | 45 | 1 | a und b, Ziffer 1 bis 4 und c | <p>Den gesamten Gesetzesartikels haben wir deshalb explizit aufgeführt, damit rechtlich eindeutig ist, welche Ziffern gestrichen resp. welche Abschnitte neu formuliert sind (Markierung in Gelb).</p> <p>Zu Punkt 2: Wir schlagen vor, dass neu kantonal bewilligte Geburtshäuser und kantonal bewilligte Geburtspraxen namentlich erwähnt werden. Beide Institutionen haben entweder einen gesetzlichen Ausbildungsauftrag oder bieten auf freiwilliger Basis Ausbildungsplätze für Hebammenstudierende an. Sie bieten Studierenden Einblick in das gesamte Spektrum der Hebammentätigkeit (Schwangerschaftskontrollen, Geburten, Wochenbettbetreuungen, Stillberatungen). Deshalb soll die praktische Berufserfahrung zum Erwerb der Zulassungsbedingungen auch in einem kantonal bewilligten Geburtshaus / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter Leitung einer Hebamme erfolgen können.</p> <p>Zu Punkt 3: Die vorgesehene Aufhebung der bestehenden Ziffer 3 begrüssen wir.</p> <p>Zu Punkt 4: Soll wie bisher bestehen bleiben.</p> | <p>Die Hebammen haben nachzuweisen:</p> <p>a. einen Bachelor of Science in Hebamme FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 des Gesundheitsberufegesetzes vom 30. September 2016 (GesBG9 gleichwertigen Bildungsabschluss</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> <p>1. bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme,</p> <p>2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals oder eines kantonal bewilligten Geburtshauses / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter der Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt</p> <p>3. Aufgehoben</p> <p>4. in einer Organisation der Hebammen unter Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzung dieser Verordnung erfüllt</p> <p>c. eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG.</p> |

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Sektion Schwyz, des schweizerischen Hebammenverbandes SHV

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse :

Kontaktperson : Co-Präsidentin Christine Fässler, Buttikon

Telefon : 079 733 18 48

E-Mail : christinessler@bluewin.ch

Datum : 21.09.2019

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 17.10.2019 an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

| Allgemeine Bemerkungen | |
|---|--|
| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.SHV | <p>Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) ist der Berufsverband der rund 3200 Hebammen in der Schweiz. Er vertritt die Belange der angestellten und der selbstständig erwerbenden Hebammen. Wir bedanken uns für die Möglichkeit, an der Vernehmlassung zur KVV-Änderung teilzunehmen.</p> <p>Geburtshilfe findet sowohl intramural in Spitälern oder Geburtshäusern wie auch extramural bei den Frauen zu Hause statt. Hebammen nehmen deshalb in der medizinischen Grundversorgung einen wichtigen Stellenwert ein. Hebammen erbringen in der Schweiz, im Gegensatz zu anderen nicht-ärztlichen Fachpersonen, im <u>Regelfall</u> (Physiologie) ihre Leistungen ohne ärztliche Verordnung. Seit 1.1.2017 können Hebammen gemäss KVV 45a <i>Organisationen der Hebammen</i> gründen. Der SHV hat nun das zur Vernehmlassung vorliegende Dokument geprüft. Es ist aufgefallen, dass beim vorliegenden Änderungsvorschlag zu Artikel 45 KVV wichtige, in der Fassung vom 1.1.2017 aufgeführte Formulierungen nicht aufgeführt sind, nämlich Formulierungen, die den Erwerb der praktischen Tätigkeit festlegen und die sich auf selbstständig erwerbende Hebammen und Organisationen der Hebammen beziehen. Üblicherweise werden bei Vernehmlassungen die Änderungen abgebildet, sowie dies beim vorliegenden Text über die <i>Zulassung der Hebamme</i> der Fall ist. Da bei allen anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen jedoch nicht nur die Änderungen aufgeführt sind, sondern der Gesamttext zur <i>Zulassung</i> aufgeführt ist, haben wir uns entschlossen, eine Rückmeldung zu geben, damit die aus rechtlicher Sicht wichtigen, bis anhin gültigen Gesetzesformulierungen auch zukünftig eindeutig sind. Wir bitten Sie, unsere Änderungsvorschläge zu berücksichtigen.</p> |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.SHV | 45 | 1 | a und b, Ziffer 1 bis 4 und c | <p>Den gesamten Gesetzesartikels haben wir deshalb explizit aufgeführt, damit rechtlich eindeutig ist, welche Ziffern gestrichen resp. welche Abschnitte neu formuliert sind (Markierung in Gelb).</p> <p>Zu Punkt 2: Wir schlagen vor, dass neu kantonal bewilligte Geburtshäuser und kantonal bewilligte Geburtspraxen namentlich erwähnt werden. Beide Institutionen haben entweder einen gesetzlichen Ausbildungsauftrag oder bieten auf freiwilliger Basis Ausbildungsplätze für Hebammenstudierende an. Sie bieten Studierenden Einblick in das gesamte Spektrum der Hebammentätigkeit (Schwangerschaftskontrollen, Geburten, Wochenbettbetreuungen, Stillberatungen). Deshalb soll die praktische Berufserfahrung zum Erwerb der Zulassungsbedingungen auch in einem kantonal bewilligten Geburtshaus / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter Leitung einer Hebamme erfolgen können.</p> <p>Zu Punkt 3: Die vorgesehene Aufhebung der bestehenden Ziffer 3 begrüssen wir.</p> <p>Zu Punkt 4: Soll wie bisher bestehen bleiben.</p> | <p>Die Hebammen haben nachzuweisen:</p> <p>a. einen Bachelor of Science in Hebamme FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 des Gesundheitsberufegesetzes vom 30. September 2016 (GesBG9 gleichwertigen Bildungsabschluss</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> <p>1.bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme,</p> <p>2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals oder eines kantonal bewilligten Geburtshauses /einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter der Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt</p> <p>3. <u>Aufgehoben</u></p> <p>4.in einer Organisation der Hebammen unter Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzung dieser Verordnung erfüllt</p> <p>c.eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG.</p> |

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 : SINTADO Daniela, présidente

Abréviation de l'entreprise / organisation : FSSF, Section Valais romand

Adresse : 60 av. de Tourbillon, 1950 SION

Personne de référence : SINTADO Daniela

Téléphone : 079/471.41.60

Courriel : dsintado@bluewin.ch

Date : 16 octobre 2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 17.10.2019 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 |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.FSSF | <p>La Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) est l'association professionnelle des quelque 3200 sages-femmes en Suisse. Elle défend les intérêts des sages-femmes tant salariées qu'indépendantes. Nous sommes reconnaissantes de la possibilité qui nous est donnée de participer à la consultation sur la modification de l'OAMal.</p> <p>Les soins périnataux ont lieu aussi bien en interne, dans les hôpitaux ou les maisons de naissance, qu'en externe, au domicile des femmes. Les sages-femmes jouent donc un rôle important dans les soins de santé de base. Contrairement à d'autres spécialistes non médicaux, les sages-femmes en Suisse exercent <u>généralement</u> leurs activités (physiologie) sans ordonnance médicale. Depuis le 1^{er} janvier 2017, selon l'art. 45a OAMal, les sages-femmes peuvent créer des <i>organisations de sages-femmes</i>. La FSSF a donc examiné le document soumis à la consultation. Elle a constaté que, dans la présente proposition de modification de l'article 45 OAMal, des formulations importantes qui figuraient dans la version du 1.1.2017 n'ont pas été réécrites. Il s'agit notamment des formulations qui se rapportent à l'exercice de l'activité pratique et qui concernent les sages-femmes indépendantes et les organisations de sages-femmes. Habituellement, dans les consultations, les changements sont clairement visibles, comme c'est le cas avec le texte actuel sur <i>l'admission des sages-femmes</i>. Etant donné que, pour tous les autres groupes professionnels non médicaux, on mentionne non seulement les changements, mais aussi le texte complet pour <i>l'admission</i>, nous avons décidé de faire une remarque à ce sujet afin que les formulations légales importantes d'un point de vue juridique et valables jusqu'à présent demeurent sans ambiguïté également à l'avenir. Nous vous prions de bien vouloir prendre en compte nos propositions de modification.</p> |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht | |

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) |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.FSSF | 45 | 1 | let a,b, ch 1 – 4 c | <p>C'est la raison pour laquelle nous avons explicitement retranscrit l'ensemble de l'article de loi afin qu'on puisse voir clairement du point de vue juridique quels sont les chiffres qui ont été supprimés et quelles sections ont été reformulées (marquage en jaune).</p> <p>A propos du point 2: Nous proposons que les maisons et les cabinets de naissance bénéficiant d'une autorisation cantonale soient désormais nommément mentionnés. Les deux institutions ont un mandat légal de formation, ou bien offrent sur une base volontaire des places de formation pour les étudiantes sages-femmes. Elles offrent aux étudiantes un aperçu de l'ensemble des activités de la profession de sage-femme (contrôles de grossesse, naissances, soins post-partum, consultations d'allaitement). C'est pourquoi, l'expérience pratique pour l'acquisition des conditions d'admission devrait également pouvoir avoir lieu dans une maison ou un cabinet de naissance au bénéfice d'une autorisation cantonale, sous la direction d'une sage-femme.</p> <p>A propos du point 3: Nous nous félicitons de l'abrogation prévue du chiffre 3 actuel.</p> | <p>Les sages-femmes doivent:</p> <p>a. être titulaires d'un Bachelor of Science HES de sage-femme ou d'un diplôme reconnu équivalent selon l'art. 10 ou de l'art. 34, al. 3, de la loi du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (LPSan)</p> <p>b. avoir exercé pendant deux ans une activité pratique:</p> <p>1. auprès d'une sage-femme; admise en vertu de la présente ordonnance,</p> <p>2. dans la division d'obstétrique d'un hôpital, ou d'une maison ou d'un cabinet de naissance bénéficiant d'une autorisation cantonale, sous la direction d'une sage-femme remplissant les conditions d'admission de la présente ordonnance.</p> <p>3. abrogé</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | A propos du point 4: Devrait demeurer comme avant. | 4. dans une organisation de sages-femmes sous la direction d'une sage-femme; admise en vertu de la présente ordonnance, c. disposer d'une autorisation cantonale selon l'art. 12 ou l'art. 34, al. 1, LPSan. |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | | | | | |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | | | | | |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | | | | | |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | | | | | |
| Fehler! Verweisquelle | | | | | |

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 : Section Vaud-Neuchâtel-Jura de la Fédération Suisse des sages-femmes

Abréviation de l'entreprise / organisation : Section VD-NE-JU de la FSSF

Adresse : Route du Bugnon 21, 1823 Glion

Personne de référence : Laurence Juillerat, Co-présidente

Téléphone : +41 79 732 06 64

Courriel : laurence.juillerat@gmail.com

Date : 1.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 17.10.2019 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 |
| Error! Reference source not found. FSSF | <p>La Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) est l'association professionnelle des quelque 3200 sages-femmes en Suisse. Elle défend les intérêts des sages-femmes tant salariées qu'indépendantes. Nous sommes reconnaissantes de la possibilité qui nous est donnée de participer à la consultation sur la modification de l'OAMal.</p> <p>Les soins périnataux ont lieu aussi bien en interne, dans les hôpitaux ou les maisons de naissance, qu'en externe, au domicile des femmes. Les sages-femmes jouent donc un rôle important dans les soins de santé de base. Contrairement à d'autres spécialistes non médicaux, les sages-femmes en Suisse exercent <u>généralement</u> leurs activités (physiologie) sans ordonnance médicale. Depuis le 1^{er} janvier 2017, selon l'art. 45a OAMal, les sages-femmes peuvent créer des <i>organisations de sages-femmes</i>. La FSSF a donc examiné le document soumis à la consultation. Elle a constaté que, dans la présente proposition de modification de l'article 45 OAMal, des formulations importantes qui figuraient dans la version du 1.1.2017 n'ont pas été réécrites. Il s'agit notamment des formulations qui se rapportent à l'exercice de l'activité pratique et qui concernent les sages-femmes indépendantes et les organisations de sages-femmes. Habituellement, dans les consultations, les changements sont clairement visibles, comme c'est le cas avec le texte actuel sur <i>l'admission des sages-femmes</i>. Etant donné que, pour tous les autres groupes professionnels non médicaux, on mentionne non seulement les changements, mais aussi le texte complet pour <i>l'admission</i>, nous avons décidé de faire une remarque à ce sujet afin que les formulations légales importantes d'un point de vue juridique et valables jusqu'à présent demeurent sans ambiguïté également à l'avenir. Nous vous prions de bien vouloir prendre en compte nos propositions de modification.</p> |
| Error! Reference source not found. | |
| Error! Reference source not found. | |

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) |
| Error! Reference source not found.FSSF | 45 | 1 | let a,b, ch 1 – 4 c | <p>C'est la raison pour laquelle nous avons explicitement retranscrit l'ensemble de l'article de loi afin qu'on puisse voir clairement du point de vue juridique quels sont les chiffres qui ont été supprimés et quelles sections ont été reformulées (marquage en jaune).</p> <p>A propos du point 2: Nous proposons que les maisons et les cabinets de naissance bénéficiant d'une autorisation cantonale soient désormais nommément mentionnés. Les deux institutions ont un mandat légal de formation, ou bien offrent sur une base volontaire des places de formation pour les étudiantes sages-femmes. Elles offrent aux étudiantes un aperçu de l'ensemble des activités de la profession de sage-femme (contrôles de grossesse, naissances, soins post-partum, consultations d'allaitement). C'est pourquoi, l'expérience pratique pour l'acquisition des conditions d'admission devrait également pouvoir avoir lieu dans une maison ou un cabinet de naissance au bénéfice d'une autorisation cantonale, sous la direction d'une sage-femme.</p> <p>A propos du point 3: Nous nous félicitons de l'abrogation prévue du chiffre 3 actuel.</p> <p>A propos du point 4:</p> | <p>Les sages-femmes doivent:</p> <p>a. être titulaires d'un Bachelor of Science HES de sage-femme ou d'un diplôme reconnu équivalent selon l'art. 10 ou de l'art. 34, al. 3, de la loi du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (LPSan)</p> <p>b. avoir exercé pendant deux ans une activité pratique:</p> <p>1. auprès d'une sage-femme; admise en vertu de la présente ordonnance,</p> <p>2. dans la division d'obstétrique d'un hôpital, ou d'une maison ou d'un cabinet de naissance bénéficiant d'une autorisation cantonale, sous la direction d'une sage-femme remplissant les conditions d'admission de la présente ordonnance.</p> <p>3. abrogé</p> <p>4. dans une organisation de sages-femmes sous la direction d'une sage-femme; admise en vertu de la</p> |

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

Abkürzung der Firma / Organisation : SHV

Adresse : Gärtnerweg 20, 6010 Kriens
Dorfhalde 40, 6033 Buchrain

Kontaktperson : Carmen Zimmermann, Co-Präsidentin der Sektion Zentralschweiz
Karien Näpflin, Co-Präsidentin der Sektion Zentralschweiz

Telefon : 079 565 05 82
079 743 88 14

E-Mail : kontakt@hebamme-luzern.ch
hebammeundmehr@hispeed.ch

Datum : 19.09.2019

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 17.10.2019 an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen

| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
|---|--|
| Error! Reference source not found. SHV | <p>Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) ist der Berufsverband der rund 3200 Hebammen in der Schweiz. Er vertritt die Belange der angestellten und der selbstständig erwerbenden Hebammen. Wir bedanken uns für die Möglichkeit, an der Vernehmlassung zur KVV-Änderung teilzunehmen.</p> <p>Geburtshilfe findet sowohl intramural in Spitälern oder Geburtshäusern wie auch extramural bei den Frauen zu Hause statt. Hebammen nehmen deshalb in der medizinischen Grundversorgung einen wichtigen Stellenwert ein. Hebammen erbringen in der Schweiz, im Gegensatz zu anderen nicht-ärztlichen Fachpersonen, im <u>Regelfall</u> (Physiologie) ihre Leistungen ohne ärztliche Verordnung. Seit 1.1.2017 können Hebammen gemäss KVV 45a <i>Organisationen der Hebammen</i> gründen. Der SHV hat nun das zur Vernehmlassung vorliegende Dokument geprüft. Es ist aufgefallen, dass beim vorliegenden Änderungsvorschlag zu Artikel 45 KVV wichtige, in der Fassung vom 1.1.2017 aufgeführte Formulierungen nicht aufgeführt sind, nämlich Formulierungen, die den Erwerb der praktischen Tätigkeit festlegen und die sich auf selbstständig erwerbende Hebammen und Organisationen der Hebammen beziehen. Üblicherweise werden bei Vernehmlassungen die Änderungen abgebildet, sowie dies beim vorliegenden Text über die <i>Zulassung der Hebamme</i> der Fall ist. Da bei allen anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen jedoch nicht nur die Änderungen aufgeführt sind, sondern der Gesamttext zur <i>Zulassung</i> aufgeführt ist, haben wir uns entschlossen, eine Rückmeldung zu geben, damit die aus rechtlicher Sicht wichtigen, bis anhin gültigen Gesetzesformulierungen auch zukünftig eindeutig sind. Wir bitten Sie, unsere Änderungsvorschläge zu berücksichtigen.</p> |
| 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.SHV | 45 | 1 | a und b, Ziffer 1 bis 4 und c | <p>Den gesamten Gesetzesartikels haben wir deshalb explizit aufgeführt, damit rechtlich eindeutig ist, welche Ziffern gestrichen resp. welche Abschnitte neu formuliert sind (Markierung in Gelb).</p> <p>Zu Punkt 2: Wir schlagen vor, dass neu kantonal bewilligte Geburtshäuser und kantonal bewilligte Geburtspraxen namentlich erwähnt werden. Beide Institutionen haben entweder einen gesetzlichen Ausbildungsauftrag oder bieten auf freiwilliger Basis Ausbildungsplätze für Hebammenstudierende an. Sie bieten Studierenden Einblick in das gesamte Spektrum der Hebammentätigkeit (Schwangerschaftskontrollen, Geburten, Wochenbettbetreuungen, Stillberatungen). Deshalb soll die praktische Berufserfahrung zum Erwerb der Zulassungsbedingungen auch in einem kantonal bewilligten Geburtshaus / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter Leitung einer Hebamme erfolgen können.</p> <p>Zu Punkt 3: Die vorgesehene Aufhebung der bestehenden Ziffer 3 begrüssen wir.</p> <p>Zu Punkt 4: Soll wie bisher bestehen bleiben.</p> | <p>Die Hebammen haben nachzuweisen:</p> <p>a. einen Bachelor of Science in Hebamme FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 des Gesundheitsberufegesetzes vom 30. September 2016 (GesBG9 gleichwertigen Bildungsabschluss</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> <p>1. bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme,</p> <p>2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals oder eines kantonal bewilligten Geburtshauses / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter der Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt</p> <p>3. Aufgehoben</p> <p>4. in einer Organisation der Hebammen unter Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzung dieser Verordnung erfüllt</p> <p>c. eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG.</p> |

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

Abkürzung der Firma / Organisation : SHV

Adresse : Rosenweg 25c 3007 Bern

Kontaktperson : Andrea Weber-Käser, Geschäftsführerin

Telefon : 0313326340

E-Mail : a.weber@hebamme.ch

Datum : 18.9.2019

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 17.10.2019 an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

| Allgemeine Bemerkungen | |
|---|--|
| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.SHV | <p>Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) ist der Berufsverband der rund 3200 Hebammen in der Schweiz. Er vertritt die Belange der angestellten und der selbstständig erwerbenden Hebammen. Wir bedanken uns für die Möglichkeit, an der Vernehmlassung zur KVV-Änderung teilzunehmen.</p> <p>Geburtshilfe findet sowohl intramural in Spitälern oder Geburtshäusern wie auch extramural bei den Frauen zu Hause statt. Hebammen nehmen deshalb in der medizinischen Grundversorgung einen wichtigen Stellenwert ein. Hebammen erbringen in der Schweiz, im Gegensatz zu anderen nicht-ärztlichen Fachpersonen, im <u>Regelfall</u> (Physiologie) ihre Leistungen ohne ärztliche Verordnung. Seit 1.1.2017 können Hebammen gemäss KVV 45a <i>Organisationen der Hebammen</i> gründen. Der SHV hat nun das zur Vernehmlassung vorliegende Dokument geprüft. Es ist aufgefallen, dass beim vorliegenden Änderungsvorschlag zu Artikel 45 KVV wichtige, in der Fassung vom 1.1.2017 aufgeführte Formulierungen nicht aufgeführt sind, nämlich Formulierungen, die den Erwerb der praktischen Tätigkeit festlegen und die sich auf selbstständig erwerbende Hebammen und Organisationen der Hebammen beziehen. Üblicherweise werden bei Vernehmlassungen die Änderungen abgebildet, sowie dies beim vorliegenden Text über die <i>Zulassung der Hebamme</i> der Fall ist. Da bei allen anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen jedoch nicht nur die Änderungen aufgeführt sind, sondern der Gesamttext zur <i>Zulassung</i> aufgeführt ist, haben wir uns entschlossen, eine Rückmeldung zu geben, damit die aus rechtlicher Sicht wichtigen, bis anhin gültigen Gesetzesformulierungen auch zukünftig eindeutig sind. Wir bitten Sie, unsere Änderungsvorschläge zu berücksichtigen.</p> |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.SHV | 45 | 1 | a und b, Ziffer 1 bis 4 und c | <p>Den gesamten Gesetzesartikels haben wir deshalb explizit aufgeführt, damit rechtlich eindeutig ist, welche Ziffern gestrichen resp. welche Abschnitte neu formuliert sind (Markierung in Gelb).</p> <p>Zu Punkt 2: Wir schlagen vor, dass neu kantonal bewilligte Geburtshäuser und kantonal bewilligte Geburtspraxen namentlich erwähnt werden. Beide Institutionen haben entweder einen gesetzlichen Ausbildungsauftrag oder bieten auf freiwilliger Basis Ausbildungsplätze für Hebammenstudierende an. Sie bieten Studierenden Einblick in das gesamte Spektrum der Hebammentätigkeit (Schwangerschaftskontrollen, Geburten, Wochenbettbetreuungen, Stillberatungen). Deshalb soll die praktische Berufserfahrung zum Erwerb der Zulassungsbedingungen auch in einem kantonal bewilligten Geburtshaus / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter Leitung einer Hebamme erfolgen können.</p> <p>Zu Punkt 3: Die vorgesehene Aufhebung der bestehenden Ziffer 3 begrüssen wir.</p> <p>Zu Punkt 4: Soll wie bisher bestehen bleiben.</p> | <p>Die Hebammen haben nachzuweisen:</p> <p>a. einen Bachelor of Science in Hebamme FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 des Gesundheitsberufegesetzes vom 30. September 2016 (GesBG9 gleichwertigen Bildungsabschluss</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> <p>1.bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme,</p> <p>2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals oder eines kantonal bewilligten Geburtshauses /einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter der Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt</p> <p>3. <u>Aufgehoben</u></p> <p>4.in einer Organisation der Hebammen unter Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzung dieser Verordnung erfüllt</p> <p>c.eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie SKJP / ASPEA

Abkürzung der Firma / Organisation : SKJP / ASPEA

Adresse : 4500 Solothurn

Kontaktperson : Philipp Ramming

Telefon : 079 535 76 66

E-Mail : philipp.ramming@bluewin.ch

Datum : 7.10.2019

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 |
| SKJP / ASPEA | <p>Die SKJP / ASPEA 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 SKJP / ASPEA bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Die SKJP /ASPEA unterstützt die Stellungnahme der FSP mit einer Ergänzung (gelb markiert).</p> |
| SKJP / ASPEA | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die SKJP / ASPEA klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die SKJP / ASPEA 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 SKJP / ASPEA 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. |
| SKJP / ASPEA | <p>Inhalte der Vorlage, welche die SKJP / ASPEA ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die SKJP / ASPEA 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**

| | |
|--------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die SKJP / ASPEA lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die SKJP / ASPEA 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 SKJP / ASPEA ist irritiert, dass das zusätzliche klinische Jahr in medizinischen Einrichtungen erfolgen muss, ohne dass die Ausbildungsplätze garantiert werden. Speziell im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie fehlt es an solchen Plätzen. Zudem ermöglicht diese Bedingung, dass die Ärzte den Markt über eine Kontingentierung der verfügbaren Plätze kontrollieren was nicht korrekt ist. Ebenso nicht korrekt ist, dass durch diese Regelung die Psychiatrie Geld verdient, indem sie die "volle" Leistung von ausgebildeten, somit 'abrechenbaren' Psychologen "in Rechnung stellt", diese aber auf dem Niveau von Assistenten oder Praktikanten bezahlt. Die SKJP / ASPEA lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die SKJP / ASPEA verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die SKJP / ASPEA 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 SKJP / ASPEA 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. |
| SKJP / ASPEA | <p>Ergänzungen, welche die SKJP / ASPEA vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die SKJP / ASPEA 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. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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"> • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der SKJP / ASPEA braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Die SKJP / ASPEA 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 SKJP / ASPEA eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Die SKJP / ASPEA fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
| SKJP / ASPEA | 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) |
| SKJP / ASPEA | 45-50a | | | 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**

| | | | | | |
|-----------------|-----|---|-------|--|--|
| SKJP / ASPEA | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen anpasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| SKJP / ASPEA | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.</p> | |
| SKJP / ASPEA | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der SKJP / ASPEA unbestritten. Die SKJP / ASPEA unterstützt auch das Argument des Bundesrats, dass die Erfahrung in interprofessionellen Teams und mit einem breiten Störungsspektrum wichtige Voraussetzungen sind für die</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>Behandlung von Krankheiten im Rahmen des KVG. Die SKJP / ASPEA 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 SKJP / ASPEA begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die SKJP / ASPEA ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die SKJP / ASPEA fordert daher folgende Anpassungen:</p> | <p>Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |
|--|--|--|--|--|---|

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

| | | | | | |
|-----------------|-----|---|------------|---|---|
| | | | | <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die SKJP / ASPEA ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| SKJP / ASPEA | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die SKJP / ASPEA fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| SKJP / ASPEA | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die SKJP / ASPEA ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die SKJP / ASPEA aber die grosse Knappheit der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze. Im Hinblick auf eine langfristige Sicherstellung der Versorgung und um eine Verknappung an</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> |

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

| | | | | | |
|--------------|-----------|--|--|--|---|
| | | | | <p>Ausbildungsplätzen zu verhindern, schlägt die SKJP / ASPEA folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| SKJP / ASPEA | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| SKJP / ASPEA | (neu) 52e | | | <p>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.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen |

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

| | | | | | |
|--------------|----------------|-------|--|--|--|
| | | | | | <p>Tätigkeitsbereich festgelegt haben;</p> <p>c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen</p> <p>d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;</p> <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| SKJP / ASPEA | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die SKJP / ASPEA 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. | |
| SKJP / ASPEA | Übergangsbest. | 3 | | Die SKJP / ASPEA 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 [...] |

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

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

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| SKJP / ASPEA | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| SKJP / ASPEA | 2 | 1 | b | <p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Die SKJP / ASPEA teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit dem Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wird das Ziel verfehlt. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Einführung einer solchen Diagnostik für 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. | <p>Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen</p> <p>b. Sie umfasst eine Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten</p> |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Die SKJP / ASPEA schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|-----------------|---|--|--|---|--|
| SKJP / ASPEA | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die SKJP / ASPEA ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die SKJP / ASPEA ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |
|-----------------|---|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|--------------|-----|--|---|--|---|
| | | | | 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. | |
| SKJP / ASPEA | 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 [...] |
| SKJP / ASPEA | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| SKJP / ASPEA | 11b | 1 | a | Anordnungsbefugte Ärzte Die SKJP / ASPEA 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 | 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**

| | | | | | |
|--------------|-----|---|---|---|--|
| | | | | <p>Übersetzungsfehler unterlaufen. Die SKJP / ASPEA geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die SKJP / ASPEA ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | |
| SKJP / ASPEA | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die SKJP / ASPEA 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</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

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

| | | | | | |
|--------------|-----|---|--|---|---|
| | | | | inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen. | |
| SKJP / ASPEA | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| SKJP / ASPEA | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| SKJP / ASPEA | 11b | 4 | | <p>Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.</p> | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.</p> |

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

| | | | | | |
|-----------------|---------------------|---|--|---|---|
| SKJP / ASPEA | 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. |
| SKJP / ASPEA | 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. | |

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 | Tariffsystembedingte 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.

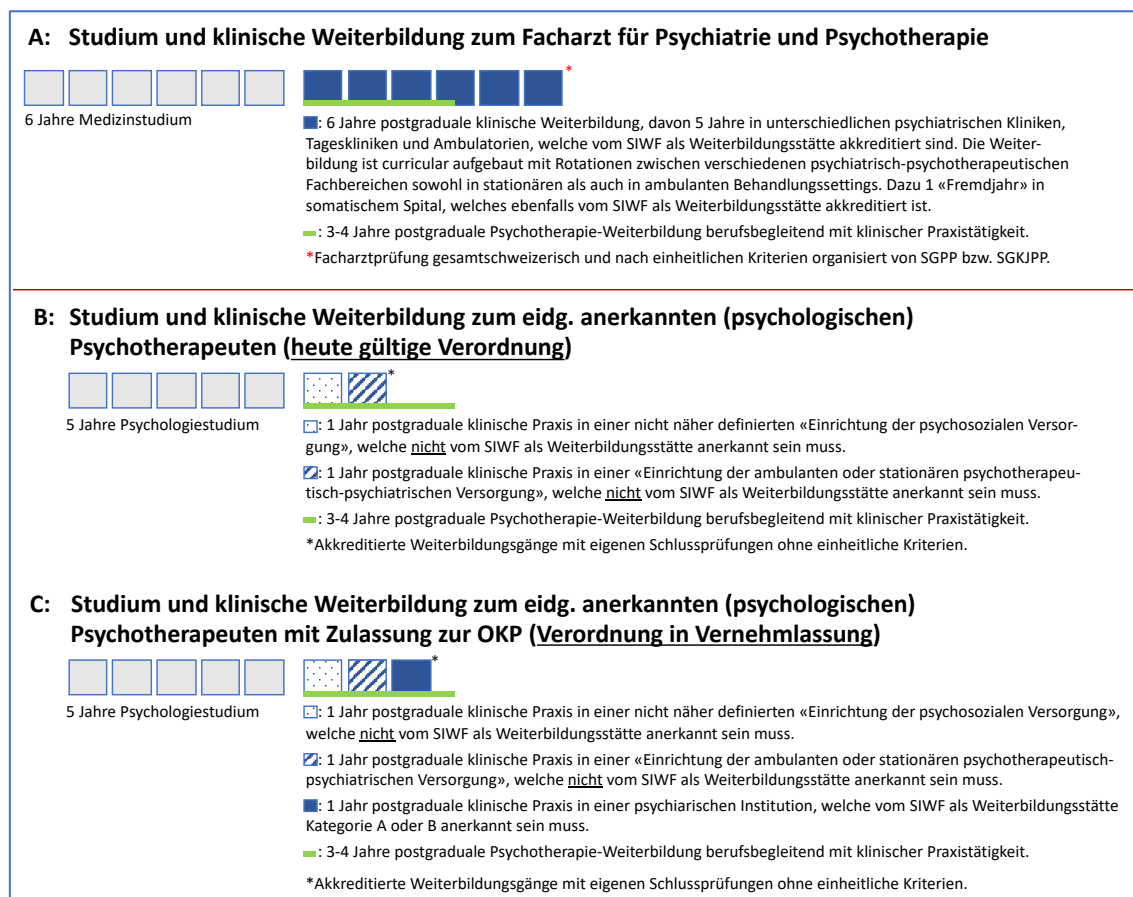


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

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

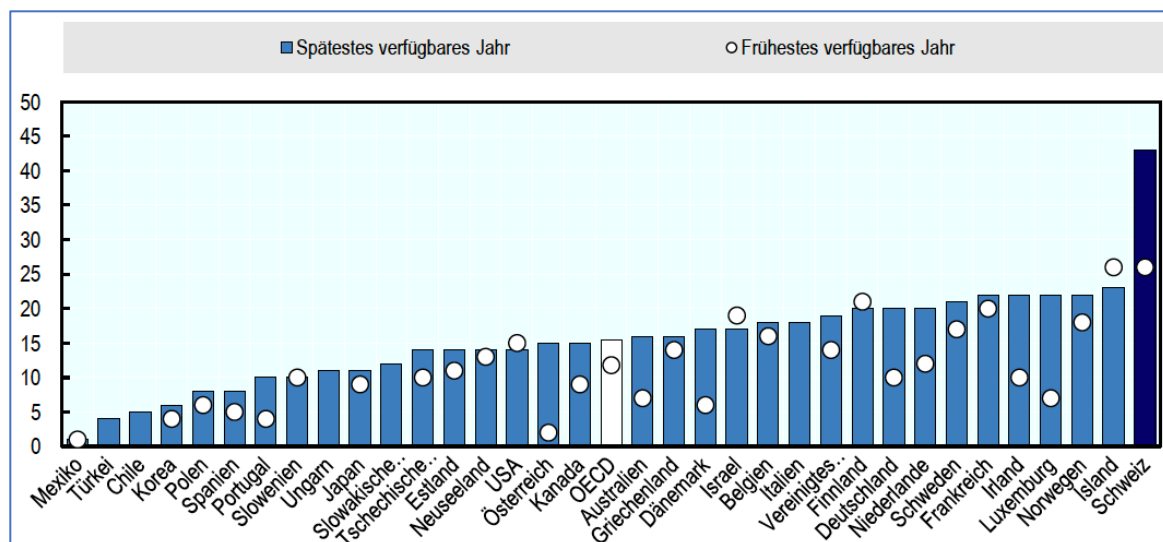


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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

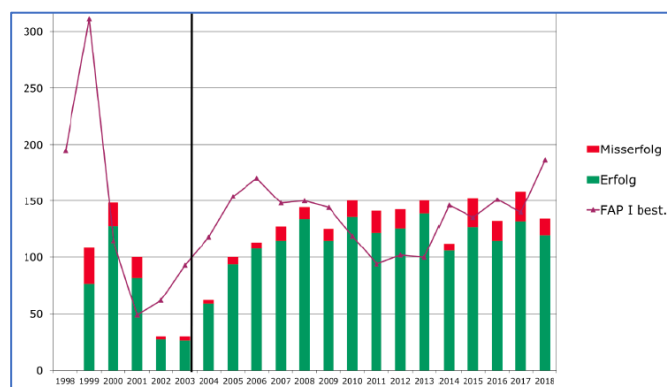


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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

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

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

| Jahr | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)* | 164 | 140 | 116 | 131 | 171 | 143 | 143 | 85 | 106 | 118 | 117 |
| Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)** | 64 | 53 | 62 | 66 | 107 | 118 | 107 | 139 | 135 | 123 | 93 |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)* | 28 | 36 | 14 | 25 | 28 | 26 | 24 | 31 | 16 | 25 | 30 |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)** | 8 | 5 | 12 | 12 | 15 | 24 | 12 | 17 | 27 | 23 | 27 |

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztstatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztstatistik/fmh-aerztstatistik.cfm#i131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

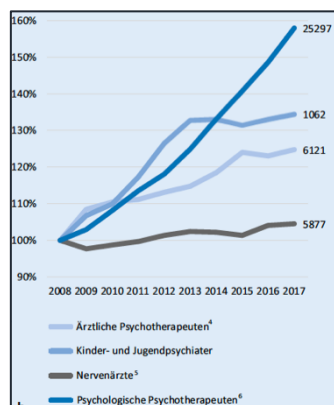


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

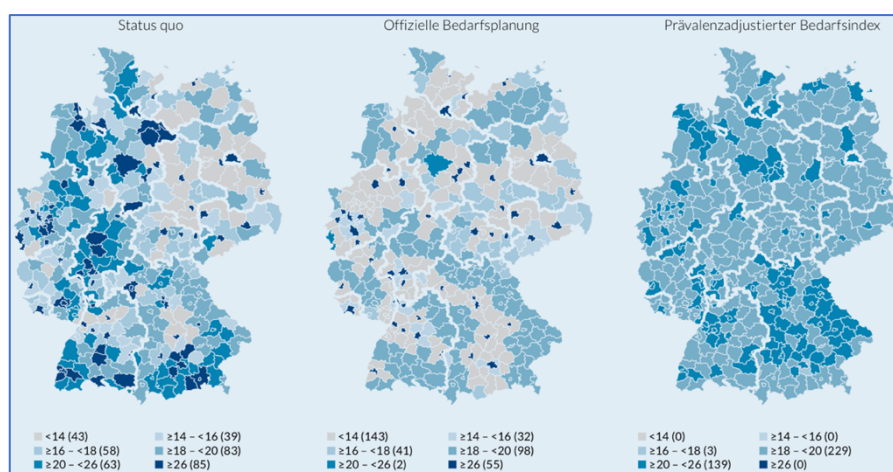


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/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.

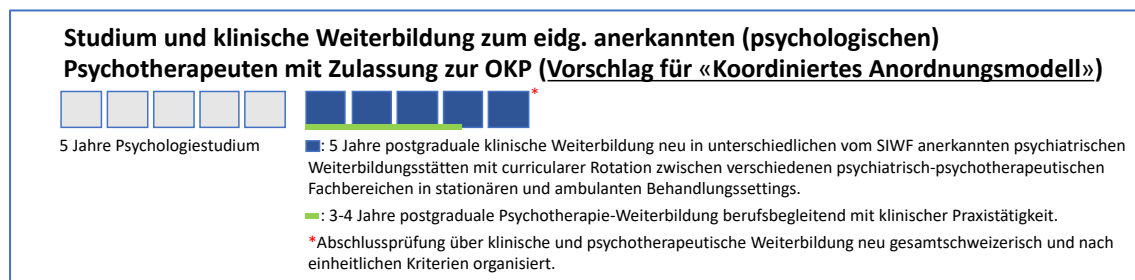


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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.

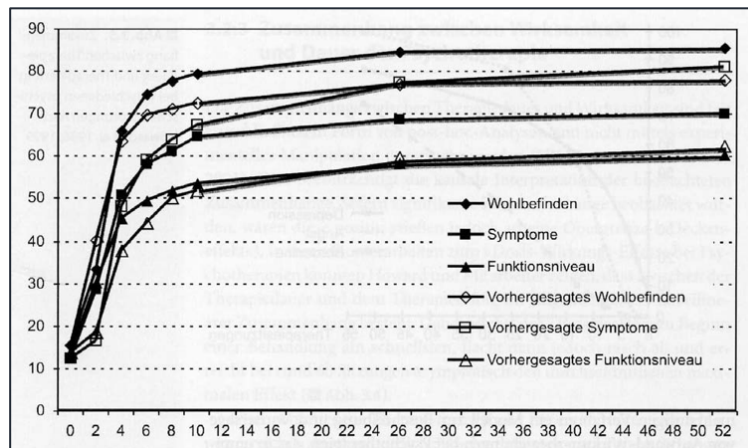


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch 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 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).

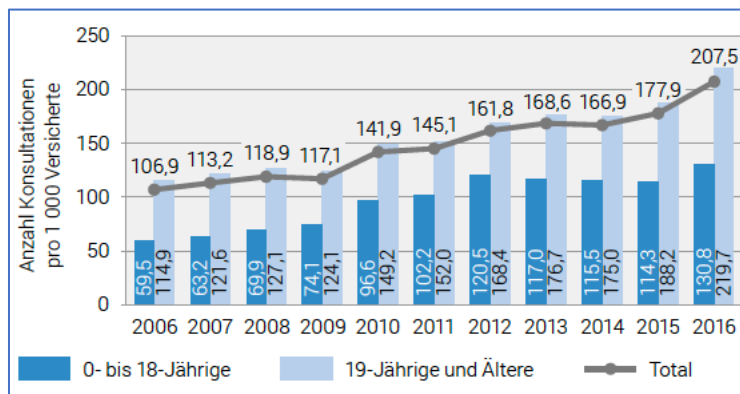


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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 Psychotherapeuten 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.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

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 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 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 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 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. 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 Verlaufsmoitoring 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 Fussnote⁶

breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Spärbemühungen 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 Jugendpsychiatern und Jugendpsychiatern, 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 Veränderungsänderungen 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 SIVF-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 Weiterbildung (SIVF) 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 versorgungs-politischer 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 Chefarzten 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

üblichen ZW-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 blossen 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 stringenter 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 blossen 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 vernehlachten 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 : Swiss Mental Healthcare

Abkürzung der Firma / Organisation : SMHC

Adresse : Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern

Kontaktperson : Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad

Telefon : +41 (31) 313 88 49

E-Mail : Hanspeter.Conrad@ipw.zh.ch / vernehmlassungen-consultations@swissmentalhealthcare.ch

Datum : 10. 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!

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 : Société médicale du Valais

Abréviation de l'entreprise / organisation : SMVS

Adresse : Rte de Vissigen 70, 1950 Sion

Personne de référence : Dr Cachat Michel

Téléphone : 027/2036040

Courriel : smvs@hin.ch

Date : 16.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 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 |
| Error! Reference source not found. | La SMVS remercie le Conseil fédéral pour l'ouverture de la procédure de consultation sur la modification de l'OAMal (RS 832.102) et de l'OPAS (RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues et le remercie de nous offrir l'opportunité de participer à cette consultation. |
| Error! Reference source not found.SMVS | Sur le principe, la SMVS ne soutient pas cette modification de l'ordonnance, quand bien même elle relève l'importance de cette réflexion et salue la volonté d'améliorer la disponibilité en soins de la population. |
| Error! Reference source not found.SMVS | Comme mentionné dans le rapport à disposition, la densité de psychiatres en Suisse est plus élevée qu'en Europe, mais la croissance des patients nécessitant des soins de psychologie (+ 29% de 2010 à 2015) est plus élevée que la croissance des psychiatres installés (+ 16% de 2012 à 2017). Les psychiatres en Suisse sont souvent mobilisés pour des situations médicales moins graves que ne le sont les psychiatres étrangers, votre rapport évoque un nombre de psychiatres travaillent à temps partiel plus élevé qu'en Europe, enfin une part de leur temps est accaparé par des tâches administratives. Cette situation conduit à une disponibilité parfois, et géographiquement, limitée. Le canton du Valais est particulièrement concerné par la pénurie de professionnels spécialistes en psychothérapie remboursés par l'assurance maladie de base. La SMVS reconnaît cette situation, mais si la modification de l'ordonnance proposée paraît pallier à ce manque de disponibilité au premier abord, la SMVS n'est pas convaincue qu'elle permettra de compléter l'offre psychiatrique existante à long terme. Des effets pervers risquent de conduire à une pénurie accrue de psychiatres dans un second temps. |
| Error! Reference source not found.SMVS | Il est dit dans votre rapport que, dans un premier temps, le cercle de fournisseurs de prestations dans l'AOS diminuera par rapport à aujourd'hui étant donné que les psychologues-psychothérapeutes sans formation de base et formation postgrade conformes à la LPsy ne pourront pas facturer leurs prestations, le recul est estimé à 10%. Cette situation ne va en aucun cas améliorer la disponibilité des soins psychiatriques pour la population, d'autant plus que nombre de psychologues-psychothérapeutes qui s'installeront en indépendant correspondra à un transfert de psychologues travaillant actuellement sous l'ancien modèle de psychothérapie déléguée. Un autre risque que la SMVS se doit de relever est le risque de voir diminuer les ressources de psychothérapie pour les patients psychiatriques plus gravement |

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

| | |
|---|--|
| | <p>atteints, suite au fait qu'une plus grande part des ressources de psychologues seront utilisées pour des patients moins gravement atteints, or les ressources des psychologues sont déjà actuellement utilisées à leurs limites en Valais.</p> <p>A plus long terme, on peut s'attendre à une augmentation de l'offre de psychologues-psychothérapeutes, que vous estimez à 10%, l'effet de la disparition des psychothérapeutes dont la formation postgrade n'est pas conforme à la LPsy devant être compensé par l'arrivée de personnes formées conformément à la LPsy. Si on peut admettre ces prévisions, on peut admettre que plus de fournisseurs pourraient avoir un bénéfice sur la disponibilité en termes d'urgences, mais la disponibilité globale des soins en psychothérapie n'est pas accrue pour autant.</p> <p>Le bénéfice que l'on pourrait retenir concernant la disponibilité des psychologues-psychothérapeutes pourrait être négativement compensé par une diminution de la disponibilité des psychiatres eux-mêmes. Si une telle modification de l'ordonnance est acceptée, on peut craindre une diminution de l'attrait de la formation des psychiatres et surtout de leur installation dans des régions suffisamment denses en soins prodigués par psychologues-psychothérapeutes, car l'installation de psychiatres dépend des besoins locaux de la population et de l'assurance que leur installation répond à ces mêmes besoins. Une autre limitation à laquelle les psychiatres seront confrontés est l'impossibilité à terme de travailler comme actuellement en mode de psychothérapie déléguée, cela va diminuer leur disponibilité pour les patients qui leur sont confiés. Les conséquences en seraient une diminution de la disponibilité en soins prodigués par les psychiatres eux-mêmes, diminution plus accrue encore concernant les situations médicales graves et sévères, situations en priorité prises en charge par les psychiatres.</p> |
| Error! Reference source not found.SMVS | <p>Nous reconnaissons les progrès et bénéfices des nouvelles exigences concernant la formation des psychologues-psychothérapeutes qui seraient concernés, mais la question se pose néanmoins concernant les responsabilités des différents acteurs dans une prise en charge conjointe avec un médecin de premier recours. Malgré une formation reconnue, quelle sera le degré de responsabilité d'un psychologue-psychothérapeute, le médecin de premier recours pourrait-il être mis en cause de ne pas avoir évalué correctement un patient dans le cas d'un problème ? Si nous nous réjouissons de la reconnaissance et du renforcement de la médecine interne générale et de la pédiatrie que ce projet englobe, nous relevons que la responsabilité des médecins de premier recours s'en trouve accrue, notamment concernant des patients avec atteinte plus grave pour lesquels la disponibilité des psychiatres ne sera pas meilleure qu'à l'heure actuelle. Par ailleurs, la supervision des situations ne peut pas être assurée par les médecins de famille qui n'ont pour la plupart pas la formation requise pour cela.</p> <p>Si un problème peut être reconnu concernant le mode de délégation psychiatrique actuellement en vigueur, nous sommes d'avis que la priorité est d'initier une réflexion sur ce problème et non pas le reporter sur les médecins de famille qui n'ont pas tous les connaissances et capacités requises. Il faudrait donc au minimum exiger que les médecins de famille autorisés à déléguer directement aux psychologues aient une formation complémentaire dans ce sens et aient une collaboration étroite avec un ou des psychiatres. De même, les psychologues devraient être également engagés dans une collaboration formalisée avec un ou des médecins-psychiatres. Ces dispositions vont dans le sens de l'interprofessionnalité qui reste à nos yeux un élément fondamental de tout progrès et développement de la médecine, pas suffisamment considérée ni mise en valeur dans cette ordonnance.</p> |

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

| | |
|---|--|
| Error! Reference source not found.SMVS | Au vu des éléments susmentionnés, la SMVS ne soutient pas l'ordonnance concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. La collaboration interprofessionnelle est un facteur clé d'une prise en charge continue réussie et la SMVS souhaiterait une réflexion approfondie sur cette question. L'acceptation de l'ordonnance ne garantit pas un nombre significativement accru de la disponibilité des psychologues-psychothérapeutes et pourrait préjudicier la situation des psychiatres. Une adaptation de ces dispositions selon des critères bien définis, géographiquement limitées en regard d'un manque local avéré de psychiatres, pourrait être discutée comme cela se faisait par rapport à l'admission de médecins spécialistes dans différentes régions de suisse suite à la clause du besoin. |
| Error! Reference source not found. | |

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) |
| Error! Reference source not found.SMVS | Art 2 | al 1 | | Dans la situation d'une psychothérapie déléguée par un médecin de premier recours, la nécessité d'un diagnostic préliminaire, intermédiaire et final incombe à ce médecin. Or les médecins de famille qui n'ont pas tous les connaissances et capacités requises, et il est délicat de reporter sur les médecins de famille la question de la délégation. | Il faudrait au minimum exiger que les médecins de famille autorisés à déléguer directement aux psychologues aient une formation complémentaire dans ce sens et aient une collaboration étroite avec un ou des psychiatres. Ces dispositions répondent à l'esprit de l'interprofessionnalité, essentiel à nos yeux. |
| Error! Reference source not found. | Art 3 | al 1 | | La limitation à 30 séances nous semble inadéquate. Non seulement cette limitation impose une charge administrative pour les psychologues-psychothérapeutes comme pour les médecins faisant la prescription, mais il faut également relever les limites d'un médecin de famille de motiver la poursuite d'une psychothérapie qu'il n'a pas assumé lui-même. | La SMVS propose d'augmenter significativement la limite de séances. |
| Error! Reference source not found.SMVS | Art 3b | | | La SMVS ne soutient pas la limite des séances à 60 minutes pour les thérapies individuelles et de 90 minutes pour les thérapies de groupe, limite qui peut encore une fois porter préjudice à l'activité médicale des médecins-psychiatres. | La SMVS propose de renoncer à cette limitation. |
| Error! Reference source not found.SMVS | Art 11 | | b | La SMVS rejette les exigences mentionnées, difficilement applicables en clinique quotidienne dans la pratique médicale : « elles sont prescrites, s'agissant des prestations fournies dans le cadre d'interventions en cas de crise ou de thérapies de courte durée pour des patients atteints de maladies | La limitation devrait dans tous les cas être portée à 30 séances, sans nécessité d'une demande intermédiaire ni rapport médical, préliminaire, intermédiaire ni final. Seule une prolongation au- |

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

| | | | | | |
|---|---------|--|--|--|---|
| | | | | <p>somatiques graves, en cas de nouveau diagnostic ou d'une situation mettant la vie en danger... »</p> <p>La limitation à 10 séances visées dans la lettre b n'est pas comprise, d'autant plus que les conditions retenues sous cette lettre retiennent les situations potentiellement plus graves.</p> | <p>delà de 30 séances devrait nécessiter une demande spécifique.</p> |
| Error! Reference source not found.SMVS | Art 50c | | | <p>La SMVS rejoint les exigences qui imposent aux psychologues-psychothérapeutes d'acquérir une expérience clinique d'un an dans un établissement de psychiatrie et psychothérapie en sus de leur formation postgrade.</p> | <p>Pour la SMVS, il est important que la formation des psychologues-psychothérapeutes soit de haute qualité, propre à assurer une prise en charge de haute qualité des patientes et patients. L'année de formation exigée dans un établissement devrait, à notre avis, recouvrir un vaste éventail des troubles les plus fréquents rencontrés en pratique. Cette expérience clinique supplémentaire devrait pouvoir avoir lieu durant la formation postgraduée. Il n'est pas compréhensible que le projet de loi actuel prévoie cette expérience clinique supplémentaire uniquement après l'achèvement de la formation postgraduée.</p> |
| | | | | | |
| 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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Swiss Psychiatric Association SPA

Abkürzung der Firma / Organisation : SPA

Adresse : Dahliastr. 5, CH-8008 Zürich, c/o Arztpraxis

Telefon : 0041434999924

Kontaktperson : Dipl. Ärztin Ellen Kägi, Dr. med. Simone Hänggi, Dr. med. Homayon R. Chaudhry

E-Mail : info@psica.ch

Datum : 16.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Allgemeine Bemerkungen | |
|--|---|
| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
| SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) | <p>Zur Vernehmlassung des Bundesrats über die «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)» vom 26. Juni 2019 die Stellungnahme der SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA)¹</p> <p>Nach Meinung zahlreicher psychiatrisch tätiger Fachärzte² vertritt die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) in der vorliegenden Vernehmlassung über die «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung(OKP)» vom 26. Juni 2019 nur ungenügend die Anliegen der Schweizer Psychiatrie³. Ohne Berücksichtigung wichtiger fachlicher Einwände wurde der von Psychologenverbänden forcierte Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell unterstützt, dies mit unabsehbaren Folgen für das schweizerische Gesundheitswesen. Nachfolgend unterbreitet die SPA ihre Kritik und Vorschläge zum Vernehmlassungsentwurf des Bundesrates zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie.</p> <p>Die am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebene Verordnungsänderung zur «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» würde einen in seinen Auswirkungen tiefgreifenden Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell bedeuten. Psychologische Psychotherapeuten würden gemäss dem Anordnungsmodell ihre Leistungen selbständig erbringen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen», und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen. Der beabsichtigte Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell wird von den Initianten aus psychologischen Fachverbänden, wie der FSP mit dem Wohl der Patienten begründet. Ohne stichhaltigen, wissenschaftlich überprüfbaren Nachweis wird behauptet, in der Schweiz bestünden lange Psychotherapiewartelisten⁴.</p> |

¹ Die Swiss Psychiatric Association verfolgt die folgenden Ziele: 1. Die Vertretung und Wahrung der Interessen der Fachärzte/innen für Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Den Einsatz für eine qualitativhochstehende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Menschen im Einklang mit dem aktuellen medizinischen Wissensstand, den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und den ethischen Prinzipien des Genfer Gelöbnisses (modernisierter hippokratischer Eid). 3. Die Demokratisierung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Standesvertretung unter Befolgung der Schweizerischen Governance Standards für Non-Profit-Organisationen. 4. Den Einsatz für die freie Arztwahl und den direkten Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in der Grundversicherung. 5. Die Pflege der internationalen und insbesondere europäischen Kontakte im Bereiche der Psychiatrie und Psychotherapie.

² m folgenden Text ist stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

³ Nur ca. die Hälfte aller in der Schweiz tätigen Psychiater sind Mitglieder der SGPP, welche sich nach einer Statutenrevision 1996 zunehmend undemokratisch entwickelte. SGPP-Mitglieder können ihre Vertreter weder wählen noch abwählen. Als alternatives Sprachrohr wurde deshalb 2009 die SPA ins Leben gerufen. Siehe hierzu Fussnote 1.

⁴ Medienmitteilung der FSP, URL: <https://www.psychologie.ch/medienmitteilung-ein-meilenstein-fuer-die-psychotherapeutische-versorgung-ist-griffweite-0>, [24.08.2019]

**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**

| | |
|---|--|
| <p>SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA)</p> | <p>Das Ziel des Bundesrates, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist zwar zu begrüßen, jedoch ist die Wahl dieses Mittels mehr als zweifelhaft. Mit dem beabsichtigten Systemwechsel vom Delegations- zum geplanten Anordnungsmodell werden lediglich wirtschaftliche Anreize zu einer Mengenausweitung an Krankenkassenleistungen gesetzt, die erhebliche Risiken für die bestehende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung aufgrund der damit verbundenen Mehrkosten mit sich bringen. Zudem droht ein erneuter Krankenkassen-Prämienschub für alle Versicherten.</p> <p>Das vorgeschlagene Anordnungsmodell ist unausgereift und teuer.</p> <p>Noch vor kurzem, d.h. in seiner umfassenden Analyse „die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz“ vom 11. März 2016 hält der Bundesrat fest: „In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet.“</p> <p>Ein Weiterentwicklungsbedarf bestehe primär in folgenden Bereichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Der 2019 vorliegende Entwurf des Bundesrates zum Anordnungsmodell trägt diesen Zielen leider nicht mehr Rechnung. Angebotsdefizite werden dort postuliert, wo keine ersichtlich sind. Gleichzeitig wird nicht darauf eingegangen, wo Behandlungsangebote wirklich fehlen. Dem Begehren einer Lobby aus Psychologenverbänden (z. B. Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen, FSP) und SGPP-Vorstand, die für tausende Psychologen einen direkten Zugang zur direkten Abrechnung mit den Krankenkassen fordert, soll nachgegeben werden, freilich ohne den dafür dringend notwendigen Verbesserungen nach Weiterentwicklung der Angebotsqualität Rechnung zu tragen. Das vorgeschlagene Anordnungsmodell ist unausgereift und wird die Versicherten teuer zu stehen kommen. Einzelargumente und Kritikpunkte:</p> <p>1. Die Schweiz hat die weltweit höchste Psychologen- und Psychiaterdichte</p> <p>Unser Land verfügt über die weltweit höchste Dichte an Psychologen und Fachärzten für Psychiatrie. Der behauptete, angebliche Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie ist nirgendwo schlüssig und nachprüfbar ausgewiesen. Während sich die Anzahl der</p> |
|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|---|--|
| <p>SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA)</p> | <p>Schweizer Fachärzte für Psychiatrie mit 3800 Psychiatern und 700 Kinderpsychiatern auf einem weltweit hohen Niveau stabilisierte⁵, droht die Anzahl der bereits 7600 Psychologen weiter anzusteigen. Denn anders als das Medizinstudium mit Numerus Clausus unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Fortwährend entstehen mehr und mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum wirklichen Bedarf auf dem Arbeitsmarkt mehr und mehr Psychologen aus- und weiterbilden. Es fehlt an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie - aktuell sind es schweizweit bereits über 40 Institute - ist keineswegs Folge eines ausgewiesenen Bedarfs an mehr Psychotherapie, sondern primär getrieben durch ein hohes materielles Eigeninteresse der psychologischen Weiterbildungsinstitute an mehr und mehr Weiterbildungskandidaten.</p> <p>2. Fehlanreize, Kostenanstieg, Krankenkassen-Prämienschub</p> <p>Die vom Bundesrat geplante Verordnung wird zu einer massiven Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie führen und damit seitens der Krankenkassen und der Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen müssen, um die vorhersehbare Kostenexplosion durch den Systemwechsel einzudämmen. Diese neu entstehenden Kosten müssen zwangsläufig woanders eingespart werden. Riskiert wird eine erneute Absenkung der Entschädigung bei der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, also bei komplexen sozialpsychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten (Leistung in Abwesenheit des Patienten) oder von aufsuchenden Behandlungen (Hausbesuchen) und eine Verkürzung der Therapiedauer gerade bei den Patienten, die es am nötigsten haben.</p> <p>Bereits jetzt sind die Behandlungsmassnahmen in Psychiatrie und Psychotherapie erschwert. Schwere psychiatrische Krankheiten erfordern eine komplexe Behandlung (sogenannte integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung), die alle psychischen, medizinischen und sozialen Aspekte einbezieht und vernetzt mit dem gesamten Umfeld ablaufen kann. Dieses schwierige und zeitaufwendige Vorgehen, das auch viel Koordinationsaufwand erfordert, wird im TARMED unter restriktiven Vorgaben ungenügend abgegolten.</p> <p>Durch das nun vorgeschlagene Anordnungsmodell wird eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren schwer kranken Menschen auf sozial stärkere Patientengruppen mit leichteren Beschwerden begünstigt. Es wird ausgerechnet die Versorgung der Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheitsbildern weiter verschlechtert. Mit der Erhöhung der Anzahl nach den heute</p> |
|---|--|

⁵ Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP aufgearbeitet durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität 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**

| | |
|---|--|
| <p>SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA)</p> | <p>geltenden Ausbildungsregeln primär geisteswissenschaftlich geschulter Leistungserbringer im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist dieser Gruppe schwerer Erkrankter nicht geholfen.</p> <p>3. Keine Wartezeitenverbesserung bei dringend notwendigen Behandlungen</p> <p>Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind in der Schweiz bei psychisch schwer kranken Patienten in der Tat ein Problem. Häufig müssen diese in psychiatrischen Ambulatorien, in Tageskliniken und –zentren, von Haus- und Kinderärzten behandelt werden. Daran wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form nichts ändern. Diese Patienten benötigen eine vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie im engeren Sinne, d.h. der Behandlung psychischer Leiden mit psychologischen Mitteln⁶ hinausgeht. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen erfordernde – komplexe Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.</p> <p>4. Anstieg von Wellnessbehandlungen, Fehlversorgung, Risikoselektion</p> <p>Die für mittelschwere und schwere psychiatrische Krankheitsbilder mehrheitlich nicht ausreichend geschulten Psychologen werden deshalb leicht vorhersehbar leichtere psychische Erkrankungen, sogenannte Wellnessbehandlungen, gegenüber mittleren und schweren Fällen vorziehen mit einer zu erwartenden teuren Fehlversorgung, welche die Krankenkassenprämien sämtlicher Prämienzahler in die Höhe treiben wird.</p> <p>Die zu erwartenden völlig unnötigen Mehrkosten dürften sehr hoch sein und die damit einhergehende Risikoselektion wird die Versorgung von schwer Erkrankte deutlich verschlechtern.</p> |
|---|--|

⁶ Vereinigung Ostschweizer Psychotherapeuten: "Die Psychotherapie behandelt psychisches Leiden seelisch-körperlich-sozialer Entstehung und Ausdrucksweise mit psychologischen Mitteln. Hier handelt es sich um Psychotherapie im engeren Sinne.", URL: <http://www.psychotherapie-vopt.ch/psychotherapie/gesetzliche-bestimmungen>, [24.08.2019]

**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**

| | |
|--|---|
| SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) | <p>5. Neuzulassung tausender Psychologenpraxen. Wer bezahlt?</p> <p>In der Schweiz hat die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie in den letzten Jahren massiv zugenommen. Die Mehrkosten dieser Mengenausweitung zeigt die Statistik der SASIS AG in den Vernehmlassungsunterlagen⁷: Die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie betrugen im Jahr 2012 rund CHF 230 Millionen und nur fünf Jahre später im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Millionen. Dies entspricht einer Steigerung um 74%.</p> <p>6. Schlechte Erfahrungen mit diesem Anordnungsmodell nicht ignorieren!</p> <p>Das deutsche Gesundheitsministerium realisierte vor etwa zwei Jahrzehnten ein Anordnungsmodell, welches dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Nach Einführung des Anordnungsmodells kam es in Deutschland zu einer stetigen Zunahme der Anzahl psychologischer Psychotherapeuten.</p> <p><i>Die unten stehende Abbildung zeigt einen 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 zunimmt.</i></p> |
|--|---|

⁷ Quelle in Fussnote⁵, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

**SWISS
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION
(SPA)**

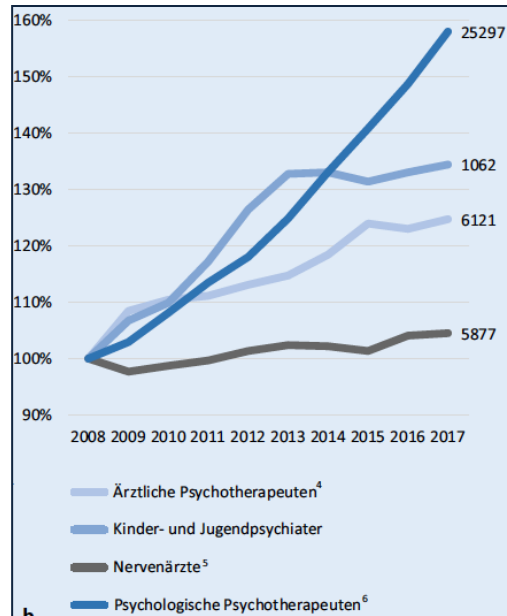


Abb. 1: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017 in Deutschland. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 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

Die ernüchternden Erfahrungen aus Deutschland zeigen, wie sich die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Auch nach ihrer Zulassung als selbständige Leistungserbringer in einem 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. Die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert und die Verschiebung dieser Patienten von den niedergelassenen Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt. **Diese seit mehr als 20 Jahren enttäuschenden Erfahrungen aus Deutschland sollten uns in der Schweiz eine Lehre sein.**

7. Schweizer Psychiatrie und Psychotherapie: Kein Mangel sondern Fehlversorgung

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und den damit einhergehenden stetig steigenden Behandlungszahlen ist die von den Initianten des Anordnungsmodells behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar.

Es handelt sich stattdessen um eine eigentliche Fehlversorgung, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden. Durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED werden Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiater, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft». Die Anreize sind falsch gesetzt, denn im jetzigen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken deutlich schlechter abgegolten als diejenige von leichter psychisch kranken Patienten.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|---|--|
| <p>SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA)</p> | <p>Wie bereits unter Punkt 2 dargestellt, ist das komplexe, vernetzte Vorgehen, das für eine adäquate Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten erforderlich ist, im aktuellen TARMED ungenügend abgebildet. Die Verrechnung von Tätigkeiten, die in Abwesenheit des Patienten durchgeführt werden (Koordination der Behandlung und Unterstützung, Zusammenarbeit mit anderen Hilfspersonen, Verfassen notwendiger Berichte, Konsultation von schriftlichen Unterlagen) ist nur in sehr engen Grenzen möglich.</p> <p>8. Die Grenzen der psychologischen Psychotherapie</p> <p>Die über eine reine Psychotherapie im engeren Sinne deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. körperliche Diagnostik, die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen, Notfalleinsätze sowie Hausbesuche (sogenannte integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, siehe auch 9.1 und 10) können bereits jetzt als Komplexleistungen von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden. Den meisten Psychologen fehlt gemäss den aktuellen als auch den im vernehmlassten Verordnungsentwurf beschriebenen erforderlichen Weiterbildungsinhalten und der Weiterbildungsdauer schlicht der dazu notwendige fachliche Hintergrund.</p> <p>9. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie – Psychologe: grundlegend verschiedene Ausbildungen</p> <p>Die Initianten für eine Zulassung der Psychologen zur Krankenversicherung behaupten, die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten sei gleichwertig mit der zum Facharzt für Psychiatrie. Dies trifft nicht zu, denn die Aus- und Weiterbildung von Fachärzten 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.</p> <p>9.1 Die Ausbildung zum psychiatrischen Facharzt</p> <p>Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie absolvieren ein vollständiges sechsjähriges Medizinstudium und eine anschliessende sechsjährige Facharztweiterbildung, wo sie das notwendige Wissen und die erforderlichen Fertigkeiten erwerben, um psychisch kranke Menschen in allen Lebenslagen und Altersklassen zu behandeln. Bis zum Erhalt des Facharztstitels haben angehende Psychiater nach dem Medizinstudium unter entsprechender Anleitung und Supervision mindestens 5 Jahre nach einem vorgegebenen Rotationsschema in psychiatrischen Kliniken oder</p> |
|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|---|---|
| <p>SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA)</p> | <p>Ambulatorien (6 Monate davon zwingend in der Alterspsychiatrie) und ein Jahr in einem somatischen Spital gearbeitet, ferner eine drei bis vierjährige Psychotherapieausbildung und weitere theoretische und praktische Kurse absolviert. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat im übrigen ein eigenes Weiterbildungsprogramm, mit einem eigenen Curriculum, das hinsichtlich Aufwand dem Weiterbildungs-Curriculum für Erwachsenenpsychiatrie sehr ähnlich ist. Ein Facharzt kann entsprechend entweder Erwachsene oder Kinder behandeln – es sei denn, er hat sowohl den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie als auch den Facharztstitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie erworben (Weiterbildungsdauer für beide Facharztstitel: 10 Jahre).</p> <p>Die psychiatrischen Weiterbildungscurricula stellen strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen und bei unterschiedlichsten Patientengruppen sammeln.</p> <p>Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärzte ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische, psychopharmakologische und soziale Interventionen umfassen. Diese gehen über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinaus und werden entsprechend als integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) bezeichnet.</p> <p>9.2 Die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten</p> <p>Psychologische Psychotherapeuten absolvieren ein primär geisteswissenschaftliches Psychologiestudium. Im Gegensatz zum Medizinstudium zielt ein Psychologiestudium nicht primär auf Kenntnisse über und Behandlung von Krankheiten ab. Nach ihrem Studium durchlaufen psychologische Psychotherapeuten eine Psychotherapie-Weiterbildung. Um als selbständige psychologische Psychotherapeuten zugelassen zu werden, müssen sie ferner bis zum Erreichen des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut) mindestens 2 Jahre in einer Einrichtung der psychosozialen Versorgung, davon mindestens 1 Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung tätig sein. Diese vergleichsweise geringen Anforderungen zielen darauf ab, als psychologische Psychotherapeuten primär psychisch gesunde oder leichtgradig beeinträchtigte Personen zu behandeln.</p> <p>Beim jetzt vorgeschlagenen Anordnungsmodell käme noch 1 Jahr in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte hinzu. Zusätzlich sollen Psychologen laut dem vorliegenden Vorschlag in Zukunft Patienten ab Kindesalter bis zum höchsten Alter behandeln dürfen, obwohl nicht einmal zwingend ein Teil der Weiterbildung in der Kinder- bzw. Alterspsychiatrie absolviert werden muss. Dies illustriert sehr eindrücklich, wie wenig durchdacht der vorliegende Vorschlag ist und wie wenig er der Qualitätssicherung Rechnung trägt.</p> |
|---|---|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|---|---|
| <p>SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA)</p> | <p>Die Ausbildungen zum Facharzt für Psychiatrie und zum psychologischen Psychotherapeuten sind also in keiner Weise äquivalent.</p> <p>10. Krankenkassenzugang tausender Psychologen nützt wirklich Kranken nicht</p> <p>Gerade klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Um Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu helfen ist eine Psychotherapie allein in der Regel nicht ausreichend. Vielmehr benötigen diese Personen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Nicht nur die sich mit dem wissenschaftlichen Fortschritt ständig weiterentwickelnde Psychopharmakologie setzt fundiertes theoretisches Hintergrundwissen über medizinische und biochemische Vorgänge und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei komplexen psychischen Erkrankungen, Therapieresistenz, bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten sowie Medikamenteninteraktionen – letzteres insbesondere bei Menschen im jüngeren und höheren Lebensalter.</p> <p>Die aktuellen Zulassungsbedingungen für psychologische Psychotherapeuten erfüllen diese Bedingungen nicht. Mit dem gegenwärtig vorgeschlagenen Anordnungsmodell kann in keiner Weise sichergestellt werden, dass diese Psychologen tatsächlich über die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, um psychisch kranke Menschen adäquat zu behandeln. Das Delegationssystem sorgte bisher für die dafür notwendige Supervision (Anleitung) der Psychologen durch fachlich umfassender ausgebildete Ärzte. Fällt diese Supervision weg, so tragen letzten Endes die Patienten das Risiko, und gerade bei schwer erkrankten Menschen kann dies zu erheblichen Schäden durch Behandlungsfehler führen.</p> <p>11. Ausblick</p> <p>Mit dem Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell würden die Gesundheitskosten schwer belastet. Sollte der Bundesrat das Anordnungsmodell in seiner jetzigen Form einführen, so wären auf einen Schlag über 7000 Psychologen zugelassen, in selbständiger Tätigkeit zulasten der OKP Behandlungen anzubieten. Und zwar ohne die Supervision, die im bisherigen Delegationsmodell sicherstellt, dass die Behandlung adäquat erfolgt.</p> |
|---|---|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|--|
| SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) | <p>Angesichts der seit Jahren anhaltenden Probleme mit den steigenden Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien, kann es nicht sinnvoll sein, aufgrund eines lediglich herbeigeredeten Mangels einer neuen, medizinisch zudem nicht ausgebildeten Berufsgruppe zu ermöglichen, selbst- und eigenständig zulasten der OKP tätig zu sein. Das Delegationsmodell, das ebenfalls Schwächen hat, zu überdenken ist sinnvoll. Adäquat erscheint ein neues Modell, das auch bei den psychologischen Psychotherapeuten sicherstellt, dass sie über die notwendigen Kenntnisse verfügen, wenn sie psychisch kranke Menschen behandeln. Obschon psychologische Psychotherapeuten auch dann keine Fachärzte wären und ihnen auch dann die medizinischen und insbesondere psychopharmakologischen Kenntnisse fehlen würden.</p> <p>Das jetzt vorgeschlagene Anordnungsmodell wird dazu führen, dass deutlich mehr kostenintensive Leistungen für Menschen mit leichten psychischen Beeinträchtigungen zulasten der OKP erbracht werden. Mit entsprechender Belastung der Gesundheitskosten. Die gleichzeitig eingeführten Beschränkungen für die Psychotherapie (Reduktion der Anzahl Sitzungen pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen) werden hingegen zu vermehrter Bürokratie und einer Verschlechterung der Versorgung jener Menschen führen, die unter schweren psychischen Erkrankungen leiden. Das ist weder sinnvoll noch fair.</p> <p><i>Viele Schweizer Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie beurteilen den Wechsel zum gegenwärtig vorgeschlagenen Anordnungsmodell als äusserst riskant und zumindest in der jetzigen Form als verfrüht. Aus den vorgenannten Gründen und Argumenten lehnt die SPA den Entwurf des Bundesrates zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie ab und schlägt vor, diesen z.B. unter Berücksichtigung der in die Vernehmlassung ebenfalls eingebrachten fachlichen Vorschläge und Anregungen der Swiss Mental Health Care (SMHC, Gesamtschweizerische Vertretung der Psychiatrischen Kliniken und Dienste) zu überarbeiten.</i></p> |
|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|--|--------|------|------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) | Art.46 | | g | III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 | Die SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) lehnt Art. 46 g. ab |
| | | | | <p>Art. 46 Im Allgemeinen</p> <p>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</p> <p>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</p> <p>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</p> <p>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</p> <p>d. Logopäde oder Logopädin;</p> <p>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</p> <p>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</p> <p>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</p> | g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin. |
| | | | | Die SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) lehnt Art. 46 g. 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**

| | | | | | |
|--|--------|-------|---|---|---|
| | | | | <p>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</p> <p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unsere Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p> | |
| SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) | Art.50 | Abs.1 | c | <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie; b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen | <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Die SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) lehnt Art. 50 Abs.1, lit c ab</p> <p>6. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Begründung</p> <p>Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> | |
| | | | | <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> | |
| | | | | <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer 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</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>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</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| | | | | <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Ordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p> | |
| SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) | | | | II | Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen |
| | | | | | <p>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</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50e nicht erfüllen.</p> <p>2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50e Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p> | |
| | | | | <p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> | |
| | | | | <p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und die SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) lehnt diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung</p> <p>Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| | | | | | |

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 |
| SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) | 2,3,11 | Die SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) lehnt die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab. | Die SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) lehnt die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab. |
| | | <p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>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».</p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel</p> | |
|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p> <p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird. 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</p> | |
|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p> | |
| | | <p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosse Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Die</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) lehnt die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p> <p>Klinische Fachkompetenz erforderlich Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen. Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der 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</p> | |
|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den MedizinerInnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und 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.</p> | |
|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 |
| SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) | | <p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachtet die SWISS PSYCHIATRIC ASSOCIATION (SPA) die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnt sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p> | |
| | | Wir bieten Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern. | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Psychologische Psychotherapieforscher der *International Society for Psychotherapy Research**

Abkürzung der Firma / Organisation : SPR-Psy-CH

Adresse : Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abt. Allgemeine Interventionspsychologie und Psychotherapie, Binzmühlestrasse 14/04, 8050 Zürich

Kontaktpersonen : Prof. Dr. Christoph Flückiger (Universität Zürich, Editor-In-Chief, *Psychotherapy Research*), Prof. Dr. Martin grosse Holtforth (Universität Bern, Präsident SPR-International 2020/2021); PD. Dr. Ueli Kramer (Universität Lausanne, Präsident SPR-Europe 2020/2022), Agnes von Wyl (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, SPR Landeskoordinatorin)

Telefon : 077 494 32 57

E-Mail : christoph.flueckiger@uzh.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 **17.Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen:

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

* Unterzeichnende Mitglieder:

| | | | |
|-----------|-----------|------------------------|---|
| Dr. | David | Altenstein | Sanatorium Kilchberg und Institut für Psychologie der Universität Zürich |
| Dr. | Martina | Belz | Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie der Universität Bern |
| Prof. Dr. | Thomas | Berger | Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie der Universität Bern |
| Prof. Dr. | Franz | Caspar | Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie der Universität Bern |
| Prof. Dr. | Joelle | Darwiche | Institut de psychologie, Université de Lausanne |
| PD Dr. | Yves | de Roten | Institut Universitaire de Psychothérapie, Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne |
| MSc. | Slimane | Djillali | Institut Universitaire de Psychothérapie, Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne |
| MSc. | Cindy | Eira Nunes | Institut de Psychologie, Université de Lausanne |
| Dr. | Katrin | Endtner | Psychiatrie Emmental, Burgdorf |
| Dr. | Patrick | Figlioli | Stationäre Abteilung für Psychosomatik der Klinik Wyss in Bern, Privatpraxis |
| Prof. Dr. | Christoph | Flückiger | Allgemeine Interventionspsy. und Psychotherapie, Psychologisches Institut der Universität Zürich |
| MSc. | Loris N. | Grandjean | Institut Universitaire de Psychothérapie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Bern |
| Prof. Dr. | Martin | grosse Holtforth | Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie der Universität Bern, Psychosomatische Medizin, Universitätsklinik für Neurologie, Universität Bern |
| Dr. | Sara | Güggi- Durrenberger | Psychotherapeutische Praxisstelle der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern |
| MSc. | Sara | Heer | Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie; Psychologisches Institut der Universität Bern; Inselspital Bern, Abteilung für Kardiopsychologie, Universität Bern |
| Dr. des. | Judith | Held | Allgemeine Interventionspsy. und Psychotherapie, Psychologisches Institut der Universität Zürich |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|------------|-----------|------------|--|
| Prof. Dr. | Birgit | Kleim | Experimentelle Psychopathologie und Psychotherapie, Psychologisches Institut der Universität Zürich, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich |
| PD. Dr. | Ueli | Kramer | Institut Universitaire de Psychothérapie, Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne |
| Dr. | Tobias | Krieger | Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie der Universität Bern |
| Dr. | Alfred | Künzler | Institut für Körperzentrierte Psychotherapie in Zürich |
| Dr. | Mu | Lin | Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Zentrum für Akute Psychische Erkrankungen der Universität Zürich |
| Dr. | Laura | Möseneder | Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie der Universität Bern |
| Prof. Dr. | Valentino | Pomini | Institut de Psychologie, Université de Lausanne |
| Dr. | Fabian | Ramseyer | Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie der Universität Bern |
| MSc. | Nathalie | Schenk | Universität Basel, Klinik für Kinder und Jugendliche der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel |
| Dr | Eva | Schürch | Institut für Psychologie der Universität Bern |
| lic. phil. | Peter | Schulthess | Privatpraxis, Institut für Emotionsfokussierte Therapie in Bern |
| Dr. | Maria | Stein | Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie der Universität Bern |
| Dr. | Marielle | Sutter | Privatpraxis, Zentrum für Emotionsfokussierte Therapie in Bern |
| Prof. Dr. | Wolfgang | Tschacher | Experimentelle Psychologie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern |
| Dr. | Andreea | Visla | Allgemeine Interventionspsy. und Psychotherapie, Psychologisches Institut der Universität Zürich |
| Prof. Dr. | Agnes | von Wyl | Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Zürich |
| Prof. Dr. | Birgit | Watzke | Klinische Psychologie und Psychotherapieforschung, Psychologisches Institut der Universität Zürich |
| Dr. | Markus | Wolf | Klinische Psychologie und Psychotherapieforschung, Psychologisches Institut der Universität Zürich |
| MSc. | Christine | Wolfer | Allgemeine Interventionspsych. und Psychotherapie, Psychologisches Institut der Universität Zürich |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 |
| SPR-Psy-CH | <p>Die SPR ist mit 650 Mitgliedern der weltweit grösste interdisziplinäre Zusammenschluss von Forschenden im Bereich der empirischen Psychotherapiewissenschaften. Psychotherapieforschung ist in der Schweiz sehr gut verankert und wird vom Schweizerischen Nationalfonds regelmäßig gefördert.</p> <p>Die unterzeichnenden Schweizer Psychologischen Mitglieder der SPR (SPR-Psy-CH) bedanken 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. Wir bedanken uns zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass wir als Psychotherapieforscher nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden.</p> |
| SPR-Psy-CH | <ul style="list-style-type: none"> • Eckpunkte der Vorlage, welche die SPR-CH klar stützt: • Die SPR-Psy-CH sind vollumfänglich einverstanden mit den Zielen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie. • Psychotherapie ist effektiv und sehr kostengünstig. In kontrollierten Studien und in der klinischen Praxis führt Psychotherapie zu Verbesserungen, die deutlich über denen von Personen liegen, die psychologisch-psychiatrische Leistungen benötigen, aber keine Psychotherapie erhalten. Die durchschnittlichen Effekte von Psychotherapie werden allgemein als signifikant und in den gängigsten Diagnosen als gross akzeptiert. Effekte von Psychotherapien sind in der Regel nachhaltiger und erfordern weniger zusätzliche Therapien als psychopharmakologische Behandlungen. • Patienten berichten oft Effekte, die nicht nur bestehen bleiben, sondern sich auch nach Abschluss der Therapie noch weiter verbessern, was in grösseren Effekten in Nacherhebungen sichtbar wird. Untersuchungen mit Benchmarking-Strategien haben ergeben, dass in der Routineversorgung durchgeführte Psychotherapien im Allgemeinen genauso effektiv sind wie in klinischen Studien durchgeführte Psychotherapien. • Forschungsergebnisse zeigen also, dass Psychotherapie eine effektive Behandlung ist, bei der die meisten Patienten, die unter psychischen Störungen mit Diagnosen wie Depressionen und Angststörungen leiden, nach einer relativ kurzen Behandlungsdauer ein Funktionsniveau erreichen oder wieder erreichen, das für gut funktionierende Individuen in der Allgemeinbevölkerung typisch 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**

| | |
|------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die durch Psychotherapie erreichten Effekte, einschliesslich der Effekte bei verschiedenen Altersgruppen (d.h. Kinder, Erwachsene, ältere Erwachsene, Paare und Familien) sind mindestens mit Effektgrössen vergleichbar, die durch viele pharmakologische Behandlungen und Verfahren bei gleichen Diagnosen hervorgerufen werden. Ausserdem haben einige der medizinischen Behandlungen und Verfahren viele unerwünschte Nebenwirkungen und sind relativ teuer im Vergleich zu den Kosten der Psychotherapie, insbesondere, wenn die Behandlungen teure stationäre Aufenthalte mitenthalten. Die Effektivität ambulanter Psychotherapie ist besonders gut untersucht. Grosse Multicenter-Studien sowie Metaanalysen haben gezeigt, dass psychotherapeutische Behandlungen die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und die Gesundheitskosten insgesamt reduzieren. Es gibt immer mehr Beweise dafür, dass Psychotherapie kosteneffizient ist, Behinderungen, Morbidität und Mortalität reduziert, die Arbeitsfunktion verbessert, die Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Leistungen verringert und manchmal auch zu einer Verringerung der unnötigen Inanspruchnahme medizinischer und chirurgischer Dienstleistungen führt, auch für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Schliesslich bevorzugen viele Menschen Psychotherapie gegenüber pharmakologischen Behandlungen wegen medikamentöser Nebenwirkungen. Patienten neigen dazu, dann besonders pflichtbewusst und engagiert, wenn die Behandlung ihrer Präferenz entspricht. Psychotherapie wird über Sprache vermittelt und erfordert deshalb besonders gute Sprachkenntnisse (in der lokalen Schriftsprache und Sprachverständnis im lokalen Dialekt). Die SPR-Psy-CH heben hervor, dass es sich bei der Mehrzahl der aktiven Psychotherapieforscher um Psychologen handelt, die ihre empirische Grundausbildung im Rahmen ihrer Psychologie-Dissertationen und -Habilitationen erworben haben. Sie sind in der Schweiz die treibenden Kräfte, evidenz-basierte Psychotherapie auf die inländischen Bevölkerungsgruppen anzupassen und weiterzuentwickeln. |
| SPR-Psy-CH | <p>Inhalte der Vorlage, welche die SPR-CH ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SPR-Psy-CH anerkennen Psychotherapie als eine moderne, akademische, interdisziplinäre Profession im Sinne des Patientenwohls. Sie unterstützen die Inhalte des vorgeschlagenen Anordnungsmodells. Die SPR-Psy-CH schlagen vor, dass der Übergang zum Anordnungsmodell und die darin enthaltenen offenen Fragen auf empirisch-wissenschaftlicher Grundlage beantwortet |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 sollen. Die SPR-Psy-CH stellen ihre interdisziplinäre, empirisch-konzeptuelle Expertise in Psychotherapieforschung sehr gerne zu Verfügung. |
| SPR-Psy-CH | <p>Ergänzungen, welche die SPR-CH vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SPR-Psy-CH begrüßen die Grundorientierung des fachkundigen Anordnungsmodells als eine interdisziplinäre, akademische, empirisch-orientierte Psychotherapie-Profession: Psychotherapie basiert auf Sprache. Die SPR-Psy-CH fordern einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. Die SPR-Psy-CH begrüßen den erleichterten Zugang zu den empirisch am besten erforschten Behandlungskonzepten bei komplexen psychischen Störungen wie beispielsweise bei der Behandlung chronischer Depression, Borderline Persönlichkeitsstörung und transdiagnostischer Behandlung komplexer Angststörungen bis hin zur Suizidalität bei Bauern. Die Psychotherapieforschung zeigt, dass Psychotherapie interdisziplinär wirksam ist. So besteht keine empirische Evidenz, dass psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten sich über die verschiedenen Störungsbilder hinweg in ihrer Wirksamkeit grundsätzlich unterscheiden würden. Der Übergang ins Anordnungsmodell soll wissenschaftlich begleitet werden, um offene Fragen im Anordnungsmodell auf empirisch-wissenschaftlicher Grundlage zu beantworten. Dazu sind in den Übergangsbestimmungen Finanzierungsmittel zu sprechen. <p>Qualitätssicherung ist im Sinne der Verbesserung und Aufrechterhaltung der längerfristigen Therapeuten-Qualität zu gewährleisten. Die empirische Forschung zeigt, dass Therapeuten dann besonders wirksam sind, wenn sie ihre Praxis im Sinne einer <i>kontrollierten Praxis</i> systematisch reflektieren. Bei schwierigen therapeutischen Entscheidungen ist der Austausch im Rahmen von Intervision und Supervision durch PsychotherapeutInnen zu gewährleisten.</p> |
| SPR-Psy-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) |
|------------|------|------|------|--------------------|--|
|------------|------|------|------|--------------------|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------------|-----|---|------------|--|---|
| SPR-Psy-CH | 50c | 1 | d (neu) | Sprachkompetenz Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basierte, kulturell eingebettete Behandlungsform. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die SPR-Psy-CH fordern, 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) |
|------------|-----|---|------------|--|---|

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) |
| SPR-Psy-CH | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die Die SPR-Psy-CH teilen das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Qualitätssicherung ist im Sinne der längerfristigen Therapeutenqualität zu gewährleisten. Die SPR-Psy-CH schlagen vor, die Einführung verschiedener Qualitätssicherungsmöglichkeiten in einem Modellprojekt auf ihre Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. | Art. 2 Abs. 1 lit. b umformulieren b. Sie umfasst eine Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten b. Sie umfasst das Recht auf eine therapeutenbezogene Qualitätssicherung für alle psychotherapeutischen Leistungserbringer. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------------|---------------------|--|--|---|--|
| | | | | Beispielsweise umfasst therapeutenbezogene Qualitätssicherung vergütete «Interventionsgutscheine» für alle psychotherapeutischen Leistungserbringer (also sowohl für psychologische wie auch ärztliche PsychotherapeutInnen). | |
| SPR-Psy-CH | Übergangsbestimmung | | | Der Systemwechsel zum Anordnungsmodell soll wissenschaftlich begleitet werden. Dazu sind Forschungsmittel beispielsweise im Sinne von Praktiker-Forscher Netzwerken zu sprechen und die Qualität und Unabhängigkeit der beauftragten Forschungseinrichtungen zu gewährleisten. | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Swiss Psychological Society / Schweizerische Gesellschaft für Psychologie (SPS/SGP)

Abkürzung der Firma / Organisation : SPS

Adresse : Université de Genève
Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
28 Boulevard du Pont d'Arve (Bureau 121)
1205 Genève

Kontaktperson : Prof. Dr. Matthias Kliegel, Président de la SSP, Directeur du CIGEV

Telefon : +41 22 379 9176

E-Mail : matthias.kliegel@unige.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 |
| SPS | <p>Die Schweizerische Psychologische Gesellschaft (SPS) begrüsst den Wechsel zum Anordnungsmodell vorbehaltlos.</p> <p>Die SPS dankt dem Bundesrat für die Gelegenheit, zur Änderung des KVV (SR 832.102) und des KLV (SR 832.112.31) im Hinblick auf die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie während des Vernehmlassungsverfahrens Stellung zu nehmen. Wir begrüßen die Änderung des Delegationsmodells vorbehaltlos und danken dem BAG für die hervorragenden Vorarbeiten.</p> |
| SPS | <p>Ausgangssituation: Das Delegationsmodell ist veraltet und muss abgeschafft werden.</p> <p>Das Delegationsmodell basiert auf einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGE 107 V 46) von 1981 und wurde ausdrücklich als Übergangsregelung bezeichnet, bis der Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten gesetzlich geregelt ist. Seit dem Inkrafttreten des PsyG und der Verordnung für Psychologieberufe (PsyV; SR 935.811) am 1. April 2013 sind Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychologinnen und Psychologen auf nationaler Ebene einheitlich auf hohem Niveau geregelt.</p> <p>Die an allen Schweizer Hochschulen und Universitäten sowie den eidgenössisch anerkannten Instituten für Psychotherapieweiterbildungen (nach AkkredV-PsyG, Art. 2 Abs. 1 Buchst. a) angebotene Ausbildung in Psychologie und Psychotherapie vermittelt die notwendigen Kompetenzen für die autonome Ausübung des Berufs des Psychotherapeuten.</p> <p>Im Rahmen ihres Psychologiestudiums mit den Schwerpunkten klinischer Psychologie und Psychotherapie erwerben die Studierenden ein umfassendes und breit angelegtes Verständnis der Inhalte der Psychologie (Persönlichkeitspsychologie, Kognitionspsychologie, Emotionspsychologie, Sozialpsychologie, Neuropsychologie, Neurowissenschaften, Psychopharmakologie etc.) sowie vertiefte Kenntnisse der klinischen Psychologie und Psychotherapie.</p> <p>Die akkreditierten Ausbildungsinstitute stellen das für die autonome Berufsausübung erforderliche klinische Fachwissen zur Verfügung. Dazu gehören neben dem Wissen um effektive Interventionen, der psychologische Diagnostik und deren Integration in die Fallplanung (Indikation) die klinische Kompetenz bei der Umsetzung und Anpassung von Behandlungsverfahren im Rahmen der Therapie, zwischenmenschliche Expertise, kontinuierliche Reflexion und Erwerb breiter therapeutischer</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der
Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|-----|--|
| | Fähigkeiten, Fertigkeiten bezüglich interdisziplinärer Zusammenarbeit mit anderen Berufen im Interesse des Wohlbefindens des Patienten sowie die Fähigkeit zu rationalen klinischen Entscheidungen im Einzelfall. |
| SPS | <p>Der Zugang zur psychologischen Psychotherapie muss erleichtert werden.</p> <p>Psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen und Substanzstörungen machen heute 38% aller Krankheiten in den reichen Ländern aus. Sie sind daher die häufigsten Krankheiten überhaupt. In etwa jeder dritten Familie ist mindestens ein Mitglied psychisch krank. Psychische Erkrankungen sind nicht nur weit verbreitet, sie verursachen auch enorme psychische Belastungen und schränken die Fähigkeit von betroffenen Menschen ein, mit normalem Lebensstress umzugehen, sich selbst zu versorgen, sozial zu funktionieren und produktiv zu arbeiten. Psychische Erkrankungen sind auch mit enormen Kosten für die Schweizer Wirtschaft und Gesellschaft verbunden. Für Europa wird geschätzt, dass 40% der Fehlzeiten bei der Arbeit auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind und dass, wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen genauso viel arbeiteten wie Menschen ohne psychische Erkrankungen, die Beschäftigungsrate um 4% Prozent steigen könnte. Aus diesen und anderen Gründen haben mehrere Länder wie Grossbritannien in den letzten Jahren wichtige Initiativen gestartet, um den Zugang zur psychologischen Psychotherapie zu fördern. Der Schwerpunkt liegt auf der Förderung der psychologischen Psychotherapie, denn die Forschung der letzten Jahre hat deutlich gezeigt, dass die psychologische Psychotherapie die WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) von allen Behandlungsmöglichkeiten am besten erfüllt. In den 1960er Jahren und darüber hinaus gab es mehrere Durchbrüche in der Entwicklung effektiver psychotherapeutischer Behandlungen, und heute gibt es Hinweise auf eine Wirksamkeit für praktisch alle psychischen Erkrankungen. Ein wichtiger und leicht verständlicher Befund in der Wirksamkeitsforschung ist, dass psychologische Psychotherapie, die letztlich darauf abzielt, das Verhalten und Erleben der Patienten zu verändern, nachhaltiger wirkt als Pharmakotherapie allein. So bleiben die meisten depressiven Patienten nach einer Pharmakotherapie nur so lange depressionsfrei, wie sie weiterhin Medikamente einnehmen, während die Wirkung von Psychotherapie bei vielen Patienten auch nach Beendigung der Therapie erhalten bleibt. Das führt dazu, dass psychologische Psychotherapien längerfristig kostengünstiger sind als medikamentöse Therapien. Darüber hinaus haben psychologische Psychotherapien auch weniger negative Nebenwirkungen als Medikamente. Das kann erklären, warum die meisten Patienten, die wegen psychischer Erkrankungen professionelle Hilfe suchen, eindeutig eine Präferenz für psychotherapeutische Behandlung haben.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der
Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|-----|---|
| | Die oben genannten Ergebnisse zeigen deutlich, dass der Abbau von Zugangsbarrieren zur psychologischen Psychotherapie letztlich sehr positive Auswirkungen auf die Gesellschaft und die Wirtschaft als Ganze hat. Dies gilt insbesondere für die Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, da die meisten psychischen Erkrankungen im jungen Erwachsenenalter auftreten. |
| SPS | <p>Eine kontinuierliche Evaluation von Therapien, die sowohl von Psychologen als auch von Ärzten angeboten werden, ist "state-of-the-art" in der wissenschaftlich fundierten psychologischen Psychotherapie, und wir begrüssen ihre Einführung ausdrücklich.</p> <p>Bei der Einführung von Instrumenten zur Evaluation psychotherapeutischer Leistungen ist darauf zu achten, dass sie im klinischen Alltag nützlich und durchführbar sind. Es ist dabei wichtig zu beachten, dass es nicht nur darum geht, den Erfolg auf der Ebene der einzelnen Therapeuten nachzuweisen, sondern vor allem auch darum, eine hohe Qualität der Grundversorgung für Patienten mit solchen psychischen Störungen zu gewährleisten, für die eine Besserung schwer und nur langfristig zu erreichen ist (z.B. umschriebene Entwicklungsstörungen, Schizophrenie, bipolare Störungen, bestimmte Persönlichkeitsstörungen usw.) oder eine Heilung unwahrscheinlich ist (z.B. Autismus-Spektrumsstörung). Wichtig ist auch, dass Psychotherapeuten von Evaluationen sowohl für den einzelnen Patienten als auch für ihre Weiterbildung durch entsprechendes Feedback profitieren können. Eine solche Evaluation ist in der modernen Praxis bereits heute der Fall. Mitglieder der SPS unterstützen den Prozess der Umsetzung der Evaluation von Psychotherapien sowie der psychotherapeutischen Versorgung gerne mit ihrer fachlichen Expertise.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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) |
| SPS | 45-50b | | | Keine Bemerkungen | |
| SPS | 50c | 1 | c | <p>Die nach Abschluss der Psychotherapieausbildung zusätzlich erforderliche Praxiszeit ist nur für solche Psychotherapeuten sinnvoll, die ihre gesamte Psychotherapieausbildung im Ausland absolviert haben.</p> <p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ihre gesamte Ausbildung im Ausland absolviert haben, haben in einem zusätzlichen Praxisjahr die Möglichkeit, notwendige Grundkenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems zu erwerben.</p> <p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ihre psychotherapeutische Ausbildung in einem akkreditierten Studiengang in der Schweiz abgeschlossen haben, müssen jedoch bereits eine zweijährige praktische Ausbildung absolviert haben und sind daher mit dem System und der interdisziplinären Zusammenarbeit bestens vertraut.</p> <p>Wir sehen aus diesem Grunde keine fundierte Rechtfertigung für ein drittes Praxisjahr.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der
Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>Forschung hat gezeigt, dass Praxis allein noch keine Experten macht. Praxis ist für die psychotherapeutische Ausbildung besonders dann sinnvoll, wenn geeignete Lernbedingungen vorliegen, d.h. wenn z.B. ein intensives Feedback von qualifizierten Vorgesetzten gewährleistet ist. Wenn das dritte Jahr ein Umfeld bieten soll, das die ersten beiden Jahre nicht bieten (auch im Hinblick auf die Interdisziplinarität), müssten aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Effizienz die Möglichkeiten der ersten beiden Jahre der Praxis erst einmal ausgeschöpft werden. Erst wenn sich herausstellt, dass die ersten beiden Praxisjahre dazu nicht ausreichen, macht eine Verlängerung um ein weiteres Praxisjahr inhaltlich und wirtschaftlich Sinn.</p> <p>Mit einem dritten Praxisjahr müssten Schweizer Psychotherapeuten ausserdem im internationalen Vergleich deutlich mehr praktische Jahre absolvieren als Psychotherapeuten in anderen Ländern.</p> <p>An Schweizer Universitäten würde dies auch den wissenschaftlichen Nachwuchs in klinischer Psychologie und Psychotherapie auf dem internationalen akademischen "Markt" benachteiligen. Im Rahmen des international anerkannten Scientist-Practitioner-Modells müssen Nachwuchswissenschaftler neben ihrer Forschungsausbildung auch eine praktische Psychotherapieausbildung absolvieren.</p> | |
|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der
Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|----------------|-------|--|--|--|
| SPS | 50c | 2 | | <p>Organisationen der psychologischen Psychotherapie müssen als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Wir beantragen, die Organisationen der psychologischen Psychotherapie nach Art. 52d, die unter psychologischer Leitung stehen, als Weiterbildungsstätten anzuerkennen. Darüber hinaus listet Art. 50c Abs. 2 nur die Ziffern der stationären Einrichtungen auf (5.2.1 und 5.2.2.2). Die oben aufgeführten positiven empirischen Befunde zu Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Psychotherapie wurden im Allgemeinen für ambulante Psychotherapien und für von psychologischen Psychotherapeuten durchgeführte Therapien gewonnen. Daher gibt es keinen vernünftigen Grund, warum die Ziffern für ambulante Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.3.2) fehlen und sollten deswegen dort ergänzt werden.</p> | |
| SPS | 52d | | | Keine Bemerkungen. | |
| SPS | 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.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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) |
| SPS | 2 | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| SPS | 3 | | | <p>Die Verkürzung der Sitzungsdauer von 90 auf 60 Minuten ist nicht zweckmässig.</p> <p>Die unflexible Begrenzung der Sitzungsdauer erweist sich bei spezifischen Störungen und in einzelnen Behandlungsphasen als unangemessen. So ist es beispielsweise "State-of-the-art", in der Behandlung von Patienten mit Angststörungen die Patienten mit angstauslösenden Situationen in der Realität zu konfrontieren. Um effektiv zu sein, dauern diese so genannten Expositionen in der Regel länger als 60 Minuten. Der Verzicht auf Langzeitexpositionen würde im Einzelfall den möglichen Therapieverlauf verlangsamen, würde so längere Therapien zur Folge haben und würde zu höheren Gesamtkosten führen.</p> | |
| SPS | 3b | | | Keine Bemerkungen | |
| SPS | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| SPS | 11b | 2-4 | | Es ist nicht ratsam, einzelne Anordnungen auf maximal 15 oder 10 Therapiesitzungen zu beschränken. | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Begrenzung der Anzahl Sitzungen auf 15 oder 10 pro Anordnung führt zu einem hohen Mass an Bürokratie, insbesondere bei den anordnenden Ärzten, jedoch ohne irgendwelchen therapeutischen Mehrwert. Im Einzelfall werden dem Patienten dadurch wertvolle Zeitressourcen entzogen, die die Behandlung verlängern und den Therapieerfolg verschlechtern können. Wir möchten darauf hinweisen, dass mit der Reduzierung der maximalen Anzahl von Psychotherapiesitzungen, die ohne Rücksprache mit den Versicherern von heute 40 auf jetzt 30 (für medizinische und psychologische Psychotherapeuten) durchgeführt werden können, bereits eine Mengenbegrenzung hinsichtlich Sitzungszahl besteht. | |
| SPS | 11b | 5 | | Der Bericht nach 30 Sitzungen sollte vom behandelnden psychologischen Psychotherapeuten erstellt werden. Aus unserer Sicht muss der Bericht nach 30 Sitzungen vom behandelnden psychologischen Psychotherapeuten und nicht vom verschreibenden Arzt erstellt werden, da der psychologische Psychotherapeut über die besten Kenntnisse des Patienten und der Behandlung verfügt. | |
| SPS | 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 : Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar -Liaisonpsychiatrie und -Psychosomatik SSCLPP

Abkürzung der Firma / Organisation : SSCLPP

Adresse : Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern

Kontaktperson : Prof. Dr. med. Urs Hepp

Telefon : +41 (0)52 264 33 80

E-Mail : Urs.Hepp@ipw.ch

Datum : 4.10.2019

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 |
| Error! Reference source not found.SSCLPP | <p>I. Zusammenfassung</p> <p>Die SSCLPP lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|---|--|
| | <p><i>statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)). |
| Error! Reference source not found. | <p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen |

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|--|
| | <p>qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. Die SSCLPP, 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 |
|--|--|

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|--|
| | <p>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).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen sollten mindestens je ein Jahr in einer ambulanten und einer stationären durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B erfolgen. Die weiteren 3 Weiterbildungsjahre könnten auch in einer Weiterbildungsstätte der Kategorie C oder D (Schwerpunkte) erfolgen, wobei mindestens je ein Jahr ambulante und stationär zu absolvieren wären. ○ Die Weiterbildung sollte sich analog zur der Facharztweiterbildung auf das Kinder- und Jugendalter respektive das Erwachsenenalter ausrichten. Es sollte zusätzlich, analog zu den Schwerpunkten in der Psychiatrie die Möglichkeit geben, durch eine weiterführende 2-jährige Weiterbildungszeit mit entsprechendem Weiterbildungs-Curriculum, sich z.B. in Konsiliar- und Liaisonpsychotherapie oder Alterspsychotherapie weiterzubilden. ○ Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> |
|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde 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. |
| <p>Error! Reference source not found.</p> | <p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|---|
| | <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).</p> <p>Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> |
| | <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität). 3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen). |

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| Error! Reference source not found. | Art.46 | | g | 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 | <p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p> | <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere</p> | |
|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharztstitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Veränderungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Veränderungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p> | |
| Error! Reference | | | | II | Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|
| source not found. | | | <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i> 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen. 2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p> <p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> <p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute</p> | |
|-------------------|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | | | | selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar. | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | |
|---|-------------|---|---|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| SSCLPP | 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> |
| | | <p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): <i>«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».</i> Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: <i>«Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</i></p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p> | |
|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW- Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p> | |
| | | <p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p> | |
| | | <p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren</p> <p>Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den MedizinerInnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und</p> | |
|--|--|--|--|


**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasssten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p> | |
|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Weitere Vorschläge | | | |
|---|------|--|---------------|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| Error! Reference source not found. | | <p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.</p> <p>Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p> | |

4.10.2019



Prof. Dr. med. Urs Hepp
Präsident SSCLPP

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

**Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar -Liaisonpsychiatrie und -Psychosomatik SSCLPP
Geschäftsstelle
Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8**

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Bern, 04. 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 Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar -Liaisonpsychiatrie und -Psychosomatik SSCLPP 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 SSCLPP 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

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

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 SSCLPP 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).
- Die **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen sollten mindestens je ein Jahr in einer ambulanten und einer stationären durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B erfolgen. Die weiteren 3 Weiterbildungsjahre könnten auch in einer Weiterbildungsstätte der

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».

Kategorie C oder D (Schwerpunkte) erfolgen, wobei mindestens je ein Jahr ambulante und stationär zu absolvieren wären.

- Die Weiterbildung sollte sich analog zur der Facharztweiterbildung auf das Kinder- und Jugendalter respektive das Erwachsenenalter ausrichten. Es sollte zusätzlich, analog zu den Schwerpunkten in der Psychiatrie die Möglichkeit geben, durch eine weiterführende 2-jährige Weiterbildungszeit mit entsprechendem Curriculum, sich z.B. in Konsiliar- und Liaisonpsychotherapie oder Alterspsychotherapie weiterzubilden.
- 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 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»

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsysteem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Wir lehnen Art. 46 g. ab

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

~~g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. *einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. *einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*

*c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in

die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 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 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 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 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. Urs Hepp
Präsident SSCLPP

(ANNEX: SSCLPP-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> | 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>Tariffsystembedingte 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.

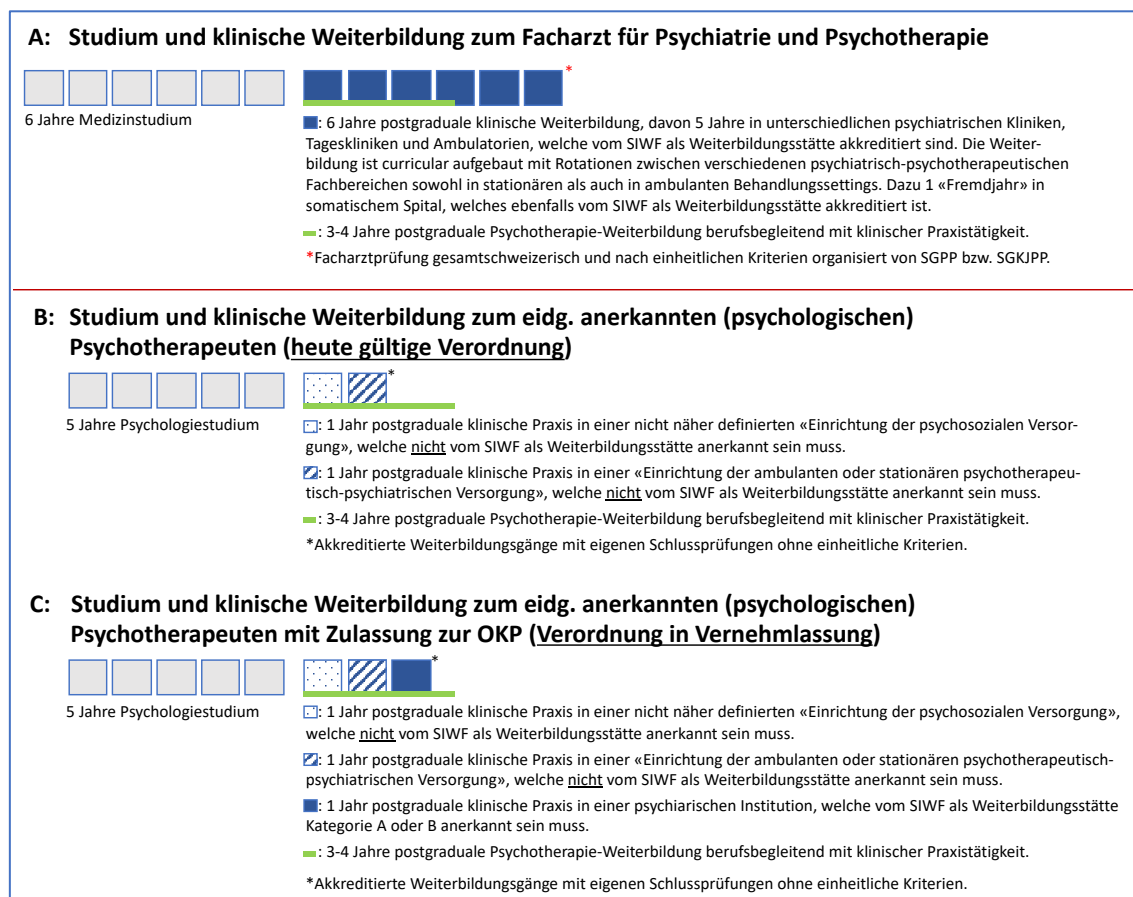


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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 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-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

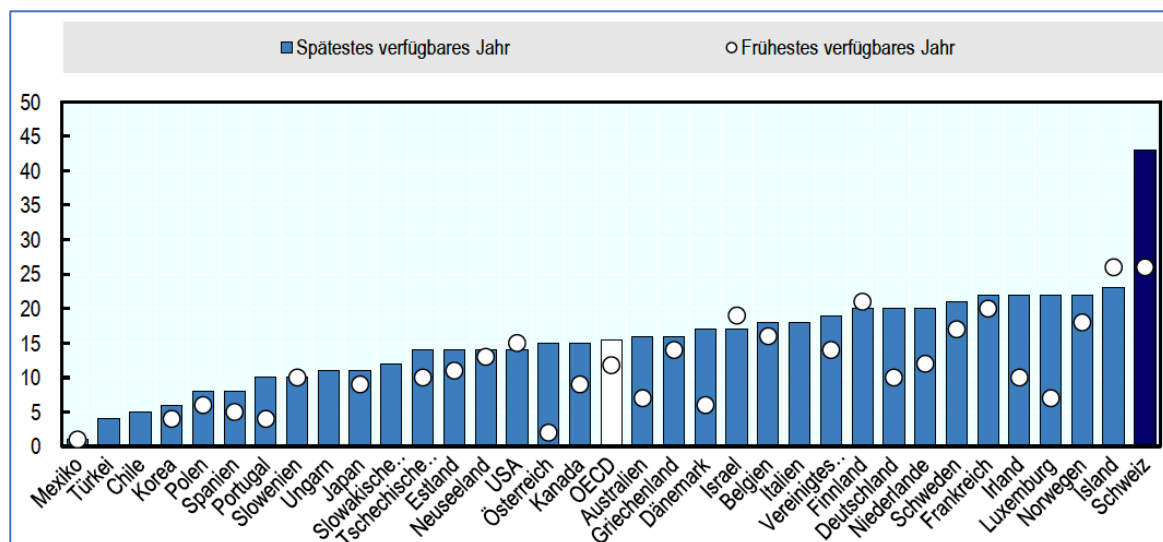


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

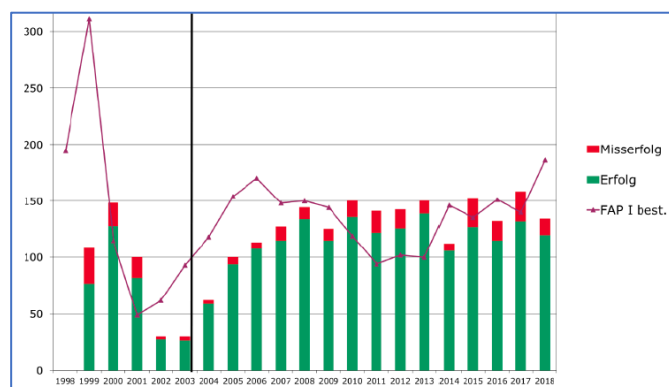


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

| Jahr | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)* | 164 | 140 | 116 | 131 | 171 | 143 | 143 | 85 | 106 | 118 | 117 |
| Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)** | 64 | 53 | 62 | 66 | 107 | 118 | 107 | 139 | 135 | 123 | 93 |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)* | 28 | 36 | 14 | 25 | 28 | 26 | 24 | 31 | 16 | 25 | 30 |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)** | 8 | 5 | 12 | 12 | 15 | 24 | 12 | 17 | 27 | 23 | 27 |

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-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.

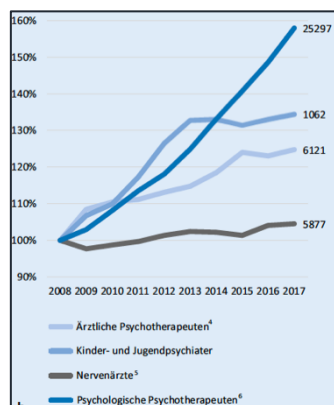


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

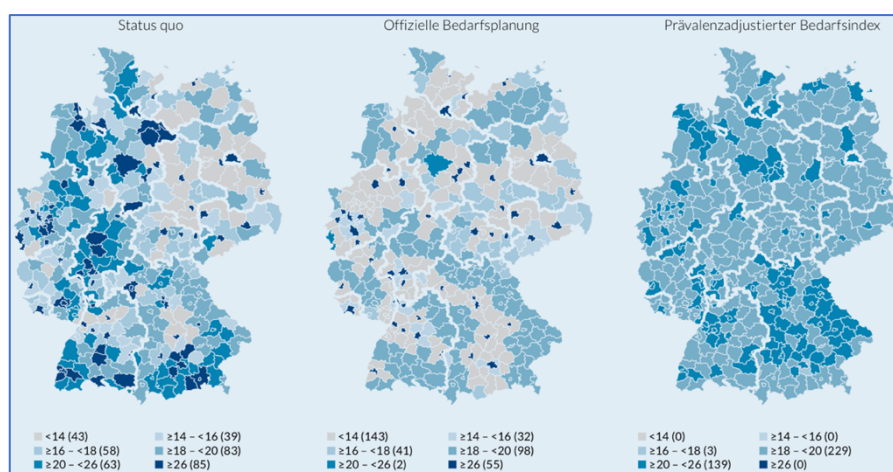


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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.

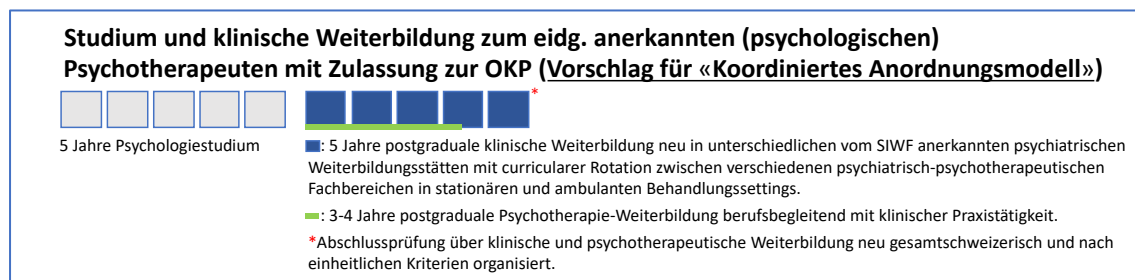


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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.

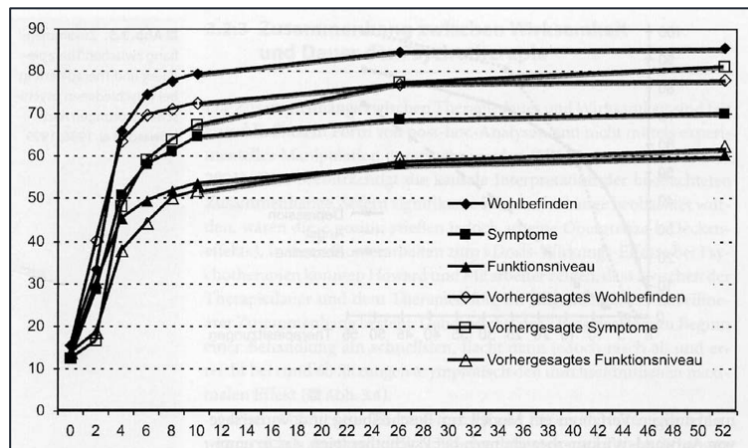


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch 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 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).

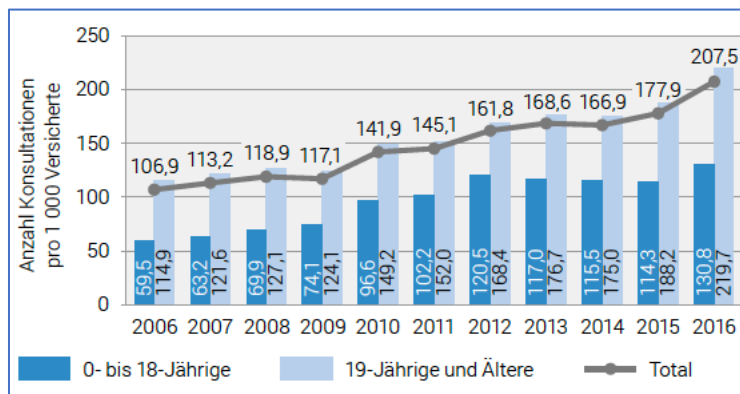


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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.

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 : Société Suisse de Sexologie (section des psychologues)
Swiss Society of Sexology (section des psychologues)

Abréviation de l'entreprise / organisation : SSS (section des psychologues)

Adresse : Passage St-François 12

Personne de référence : Karin Domenech

Téléphone : 0787355970

Courriel : karin.domenech@medipsy.ch

Date : 16.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le **17 octobre** 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 |
| SSS (Section des psychologues) | La SSS (Section des psychologues) remercie le Conseil fédéral pour l'ouverture de la procédure de consultation sur la modification de l'OAMal (RS 832.102) et de l'OPAS (RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. La suppression du modèle de la psychothérapie déléguée au profit de la reconnaissance de la formation postgrade des psychologues-psychothérapeutes et de leur aptitude à exercer la psychothérapie sous leur propre responsabilité professionnelle (ancrée dans la loi dès l'entrée en vigueur de la LPSy en 2013) est une étape attendue de longue date. La SSS (Section des psychologues) remercie également l'OFSP et ses instances pour le travail préliminaire qui a mené au projet d'ordonnance présenté. Nous regrettons toutefois que les prestataires n'aient pas été impliqués dès la phase d'élaboration de ce projet. Cela aurait permis d'améliorer la qualité et la cohérence du projet. |
| SSS (Section des psychologues) | <p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par la SSS (Section des psychologues):</p> <ul style="list-style-type: none"> La SSS (Section des psychologues) approuve entièrement les objectifs de la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues. Un accès amélioré à la psychothérapie est indispensable, notamment dans les situations de crise et d'urgence. La prescription par les médecins de premier recours permet de supprimer les obstacles actuels à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Nous sommes également clairement favorables à l'amélioration de la qualité des prestations que devrait entraîner un changement de modèle du fait du caractère contraignant de la LPSy. En outre, la SSS (Section des psychologues) adhère totalement aux conditions relatives à la prescription, plus précisément à la proposition concernant les médecins habilités à prescrire une psychothérapie. Ces conditions garantissent l'accessibilité de la psychothérapie, ce qui permet de prendre en charge les patients à temps et, en réduisant la chronicisation et les séjours stationnaires, de faire des économies sur le long terme au sein du système de santé. |
| SSS (Section des psychologues) | <p>Contenus du projet rejetés par la SSS (Section des psychologues) et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> La SSS (Section des psychologues) rejette la limitation à 30 séances. Elle demande le maintien du principe de la prescription de 40 séances, qui a fait ses preuves dans la pratique. De plus, la limitation à 30 séances alourdit la charge administrative et, à terme, entraîne une augmentation des coûts. La SSS (Section des psychologues) rejette la fixation d'un nombre maximal de 15 séances par prescription. Là encore, cette mesure entraîne un surcoût sans présenter d'avantage supplémentaire. Qui plus est, elle désavantage les psychologues- |

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

| | |
|--------------------------------|--|
| | <p>psychothérapeutes par rapport aux prestataires médecins.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La SSS (Section des psychologues) approuve la pratique clinique supplémentaire d'un an. Il est cependant impératif qu'il soit possible de l'effectuer durant la formation postgrade et sous la direction d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral. • La SSS (Section des psychologues) rejette la réglementation de la durée des séances par le biais de la prescription. La durée des séances pour les thérapies individuelles et de groupes doit être fixée dans les conventions tarifaires. La SSS (Section des psychologues) demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • La SSS (Section des psychologues) adhère au principe de la demande de poursuite de la thérapie par le médecin prescripteur (néanmoins après 40 séances seulement). Le rapport correspondant doit toutefois être impérativement rédigé, signé et facturé par le psychothérapeute traitant. • La SSS (Section des psychologues) s'oppose à l'introduction d'un diagnostic préliminaire, d'un diagnostic intermédiaire et d'un diagnostic final telle qu'elle est décrite dans le projet. En lieu et place, elle demande l'examen de la pertinence et de la faisabilité d'un tel diagnostic dans le cadre d'un projet pilote. Un procédé d'échantillonnage peut être mis en œuvre à cette fin. |
| SSS (Section des psychologues) | <p>Adaptations complémentaires proposées par la SSS (Section des psychologues), incluant des éléments manquants ou insuffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les psychothérapeutes en formation ne sont pas suffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance. Dans un souci d'assurance qualité, nous soutenons la disposition stipulant que les psychologues suivant une formation de psychothérapeute ne sont pas autorisés à facturer à titre indépendant leurs prestations via la caisse-maladie. La SSS (Section des psychologues) demande toutefois que la formation professionnelle des psychothérapeutes soit assurée et plaide en faveur d'une collaboration avec les cantons afin de garantir l'existence des places de formation à long terme. Il convient d'examiner la pertinence d'un modèle d'assistantat au cabinet du praticien, comparable à celui qui existe pour les médecins, ce qui implique la possibilité de facturer les prestations via l'AOS. Ce point doit être clarifié par la réglementation de la formation postgrade. Les possibilités dont disposent les médecins (convention-cadre Tarmed, article 8) doivent également être offertes aux psychologues-psychothérapeutes. • Le projet actuel est vague quant aux règles qui s'appliqueront à l'avenir aux psychothérapeutes employés par des organisations de droit public et privé. Du point de vue de la SSS (Section des psychologues), la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. • La SSS (Section des psychologues) salue les mesures de base destinées à contrer une augmentation injustifiée du volume des prestations. Dans l'éventualité où l'augmentation du nombre de nouvelles admissions (autorisation cantonale d'exercer) dépasserait la |

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

| | |
|--------------------------------|--|
| | <p>moyenne suisse dans un canton, la SSS (Section des psychologues) envisage une solution comparable à celle prévue par le contre-projet indirect à l'initiative «Pour des soins infirmiers forts».</p> <ul style="list-style-type: none"> • La psychothérapie repose sur le langage parlé. Par conséquent, la SSS (Section des psychologues) demande un justificatif des compétences linguistiques de niveau C1 dans l'une des langues nationales suisses comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger. |
| SSS (Section des psychologues) | Pour faciliter la lecture de cette prise de position, il a été renoncé à utiliser les formes différenciées du masculin et du féminin. Sauf indication contraire, la forme générique désigne systématiquement les deux sexes. |

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) |
| SSS (Section des psychologues) | 45-50a | | | Aucune remarque. | |
| SSS (Section des psychologues) | 50b | | | <p>Autorisation de pratiquer pour les neuropsychologues</p> <p>Selon la nouvelle phrase introductive de la version allemande («<i>Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein</i>»), les neuropsychologues qui fournissent, sur prescription, des prestations à titre indépendant et à leur compte doivent obtenir une autorisation conforme au droit cantonal en vigueur.</p> <p>De notre point de vue, la formulation n'est pas claire. Elle présente un risque de confusion entre «Zulassung» (admission) et «Bewilligung» (autorisation). Si ces deux termes correspondent sans distinction à la volonté du Conseil fédéral, il est d'autant plus important d'adapter les dispositions transitoires concernant les neuropsychologues (voir remarques relatives aux dispositions transitoires).</p> | |
| SSS (Section des psychologues) | 50c | 1 | a et b | <p>Titre fédéral et autorisation cantonale</p> <p>Il s'impose et semble pertinent de baser les conditions d'admission des psychologues-psychothérapeutes sur le titre de formation postgrade fédéral défini par la LPsy, ainsi que sur l'autorisation de pratiquer cantonale.</p> | |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|---|---|--|---|
| SSS (Section des psychologues) | 50c | 1 | c | <p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour la SSS (Section des psychologues), l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. La SSS (Section des psychologues) adhère également à l'argument du Conseil fédéral, selon lequel une expérience au sein d'équipes interprofessionnelles et la confrontation à un large éventail de troubles sont un préalable essentiel au traitement des maladies dans le cadre de la LAMal. La SSS (Section des psychologues) pose cependant un regard critique sur la pratique clinique supplémentaire de 12 mois exigée, dans la mesure où elle ne peut être effectuée qu'une fois la formation postgrade de psychothérapeute reconnue au niveau fédéral achevée. La SSS (Section des psychologues) est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade. La SSS (Section des psychologues) ne voit pas ce qui justifie que l'expérience clinique supplémentaire d'un an doive être effectuée uniquement APRÈS la formation postgrade. Il n'existe aucun argument, qu'il soit technique ou lié à la qualité, qui justifie une telle limite dans le temps.</p> <p>Le nombre de postes dans les institutions ISFM des catégories A et B proposées ne correspond pas aux besoins à remplir. Il existe actuellement déjà une pénurie de places de formation, qui sera accentuée par l'introduction d'une année de pratique clinique supplémentaire. De plus, la suppression des positions Tarmed relatives à la psychothérapie déléguée crée une incertitude quant au financement de ces places de formation - cela pose problème, notamment dans le domaine hospitalier</p> | <p>Modification proposée:</p> <p>c. avoir acquis, pendant ou après l'obtention de leur titre postgrade, une expérience clinique de douze mois au sein d'un établissement [...] sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral.</p> |
|--------------------------------|-----|---|---|--|---|

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

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|---|----------------|--|--|
| | | | | <p>ambulatoire. Cette problématique peut être contrée en imposant aux cantons la mise à disposition et le co-financement d'un nombre suffisant de places de formation postgrade (comme pour les médecins).</p> <p>Par ailleurs, le fait que cette pratique clinique de 12 mois doive être effectuée sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie est trop restrictif eu égard aux places disponibles, mais aussi du point de vue professionnel.</p> <p>Par conséquent, la SSS (Section des psychologues) demande les adaptations suivantes:</p> <p>La pratique clinique supplémentaire de 12 mois peut être effectuée aussi bien pendant qu'après la formation postgrade. Cela permet de garantir que les personnes qui ont déjà effectué une pratique clinique supplémentaire d'un an pendant leur formation n'aient pas à en refaire une. Cela permet en outre de faire en sorte que les personnes qui ont suivi leur formation à l'étranger se familiarisent avec le système de santé local et ses usages (voir aussi art. 5, al. 2, let. c et f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La SSS (Section des psychologues) rejette le fait que cette pratique clinique supplémentaire ne puisse intervenir qu'une fois la formation postgrade achevée. • La pratique clinique supplémentaire doit en outre pouvoir être effectuée sous la direction, soit d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, soit d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral. | |
| SSS (Section des psychologues) | 50c | 1 | d (nouveau) | <p>Compétences linguistiques</p> <p>La psychothérapie est une forme de thérapie qui repose sur l'expression orale. Par conséquent, des compétences</p> | d. pouvoir justifier des connaissances nécessaires dans la langue officielle de la région dans laquelle la demande |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|---|--|--|--|
| | | | | linguistiques insuffisantes constituent une menace pour le succès de la thérapie. La SSS (Section des psychologues) demande que les compétences linguistiques soient intégrées à l'ordonnance comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger. | d'admission est déposée (niveau C1 du cadre de référence européen) |
| SSS (Section des psychologues) | 50c | 2 | | <p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>La SSS (Section des psychologues) approuve l'exigence relative à la reconnaissance par l'ISFM et aux critères à remplir par les établissements accueillant la pratique clinique supplémentaire d'un an. Elle estime toutefois que l'importante raréfaction des places de formation disponibles est critique. Afin de garantir la prise en charge à long terme et d'éviter la pénurie de places de formation, la SSS (Section des psychologues) formule la proposition suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cantons doivent être tenus de mettre à disposition, en collaboration avec les associations professionnelles, des places de formation dans les établissements et les organisations proposés, en les assortissant de conditions de rémunération équitables. • Au besoin, des institutions et des organisations supplémentaires, non reconnues par l'ISFM, peuvent être admises comme établissements de formation postgrade pour les psychologues-psychothérapeutes. <p>Rectification de l'absence de mention aux établissements de formation postgrade ambulatoires</p> <p>Le projet de réglementation propose de retenir les établissements des catégories A et B. Or, l'art. 50, al. 2 ne</p> | <p>Ajout</p> <p>[...] dans la version du 15 décembre 2016. Au besoin, des organisations supplémentaires, ne disposant pas d'une reconnaissance de l'ISFM, peuvent être admises comme établissements de formation postgrade.</p> <p>Ajout des chiffres manquants :</p> <p>L'établissement de psychiatrie et psychothérapie [...] doit disposer d'une reconnaissance [...] de catégorie A, conformément aux ch. 5.2.1 et 5.2.3.1, ou B, conformément aux ch. 5.2.2 et 5.2.3.1 du</p> |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|---------------|--|--|---|--|
| | | | | mentionne que les chiffres renvoyant à des établissements stationnaires (5.2.1 et 5.2.2). Il manque ceux correspondant aux services ambulatoires (5.2.3.1 et 5.2.3.2). | Programme de formation postgraduée [...]. |
| SSS (Section des psychologues) | 52d | | | Aucune remarque. | |
| SSS (Section des psychologues) | (nouveau) 52e | | | La justification de l'ajout de l'organisation de neuropsychologie est la même que pour la psychothérapie: le besoin d'une offre de soins moderne telle que celle définie dans la Stratégie Santé 2020. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html . | <p>Organisation des neuropsychologues</p> <p>Les organisations de neuropsychologues sont admises lorsqu'elles:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sont admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité; b) ont délimité leur champ d'activité quant au lieu, à l'horaire de leurs interventions, aux aspects techniques et aux personnes auxquelles elles fournissent leurs prestations; c) fournissent leurs prestations au travers de personnes remplissant les conditions énoncées à l'art. 50b; d) disposent des équipements correspondant à leur champ d'activité; <p>participent aux mesures de contrôle de la qualité (art. 77) qui garantissent qu'elles fournissent, dans leur champ d'activité, des prestations</p> |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------|------------|--|---|--|
| | | | | | neuropsychologiques adéquates et de bonne qualité. |
| SSS (Section des psychologues) | Disposition transitoire | Al. 1 et 2 | | La SSS (Section des psychologues) salue les deux dispositions transitoires, qui vont dans le sens du maintien des acquis des psychothérapeutes déjà admis. Elles permettront d'atténuer de manière pertinente la demande de places de formation, qui ne manquera pas d'augmenter avec l'introduction de l'exigence d'une pratique clinique supplémentaire de douze mois. | |
| SSS (Section des psychologues) | Disposition transitoire | Al. 3 | | La SSS (Section des psychologues) constate que les neuropsychologues sont absents de cette disposition transitoire. Certains cantons ne soumettent pas l'exercice de l'activité de neuropsychologue à l'obtention d'une autorisation. Par conséquent, une disposition transitoire qui tiendrait compte des neuropsychologues de façon adéquate ne saurait subordonner leur admission à l'obtention d'une autorisation, mais à leur admissibilité à une activité pouvant être facturée à l'assurance obligatoire de soins. | Les fournisseurs de prestations visés aux art. 45 et 46, al. 1, let. a à c, e et f [...] |

Si vous souhaitez supprimer des tableaux du formulaire ou ajouter des lignes, désactivez la protection en écriture sous «Révision/Protéger/Désactiver la protection». Voir 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. | Al. | Let. | Commentaires/remarques | Modification proposée (texte proposé) |
|--------------------------------|------|-----|------|--|---|
| SSS (Section des psychologues) | 2 | 1 | a | Aucune remarque. | |
| SSS (Section des psychologues) | 2 | 1 | b | <p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>La SSS (Section des psychologues) partage la volonté du Conseil fédéral de favoriser la garantie de la qualité et l'adéquation de la fourniture des prestations. La proposition d'introduire un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final ne va cependant pas dans ce sens, et ce pour les raisons suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'introduction d'un tel diagnostic pour chaque patient créerait un énorme volume de données, dont le traitement, que ce soit sur le plan technique ou du contenu, et les coûts associés seraient disproportionnés par rapport au bénéfice retiré. • Pour des raisons liées à la protection des données, une collecte de données par patient individuel n'est pas admissible. | <p>Biffer l'art. 2, al. 1, let. B.</p> <p>B. elle comprend un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final.</p> |

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

| | | | | | |
|------------------|---|--|--|--|---------------------------------------|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> La collecte de données en continu est certes un aspect scientifique majeur de la recherche en psychothérapie. Elle n'est cependant pas réalisable dans le cadre d'une surveillance de routine, dans la mesure où le nombre de séances prescrit (30) est insuffisant pour une thérapie comme pour une surveillance de routine. De plus, selon la nature du trouble concerné, elle risque de mettre à mal le succès de la thérapie. La réalisation d'un diagnostic préliminaire nécessite 4 à 5 séances à elle seule, voire 7 pour les enfants. Le contrôle de la fourniture de prestations via des moyens psychométriques constitue une discrimination des maladies psychiques vis-à-vis des maladies somatiques lorsqu'un tel contrôle n'est pas impératif. <p>La SSS (Section des psychologues) propose d'examiner l'adéquation et la faisabilité de l'introduction d'un tel diagnostic et des instruments à utiliser dans le cadre d'un projet pilote. Cela pourrait, par exemple, s'inscrire dans le cadre de l'«article relatif aux projets pilotes» qu'il est prévu d'intégrer à la LAMal. Un modèle d'échantillonnage sophistiqué pourrait ensuite être dérivé des résultats obtenus en vue d'une utilisation systématique.</p> | |
| SSS (Section des | 3 | | | Prise en charge de 30 séances et limitation | L'assurance prend en charge les coûts |

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

| | | | | | |
|---------------|--|--|--|---|--|
| psychologues) | | | | <p>de la durée des séances</p> <p>La SSS (Section des psychologues) n'adhère pas à la proposition de prise en charge de 30 séances. Le nombre de 40 séances a fait ses preuves. Pour mémoire: dès les années 90, le nombre de séances, alors plus bas, a dû être augmenté à 40 pour des raisons de praticabilité.</p> <p>La rédaction du rapport prévu après 30 séances générerait une charge de travail disproportionnée pour l'ensemble des acteurs (fournisseurs de prestations, caisse, patient). La pratique (avec les assurances privées) a démontré que les patients ne font pas usage d'une prescription quand ils n'en ont pas besoin.</p> <p>Une limitation de la durée des séances à 60 minutes pour les thérapies individuelles et à 90 minutes pour les thérapies de groupe n'est pas indiquée, car elle rendrait impossible des formes de traitement importantes, notamment les interventions en cas de crise, les investigations concernant les enfants et les adolescents, l'exposition en cas de phobies, les psychothérapies avec l'assistance d'un interprète, etc. La prise en charge des catégories de personnes particulièrement vulnérables s'en trouverait compliquée.</p> <p>Par conséquent, la SSS (Section des psychologues) estime que les exigences relatives à la durée des séances ne doivent pas être réglées par voie d'ordonnance et demande</p> | <p>pour un maximum de 40 séances diagnostiques et thérapeutiques d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe. L'article 3b est réservé.</p> |
|---------------|--|--|--|---|--|

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

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|-------------------------------------|---|--|--|
| | | | | la suppression de la durée proposée des séances pour les thérapies individuelles et de groupe. Celle-ci doit être fixée dans les conventions tarifaires, autrement dit par le biais de la tarification. Cf. suppression du passage concernant la durée des séances à l'art. 11B, al. 2 et 3. | |
| SSS (Section des psychologues) | 3b | Titre Al. 1, phrase introductive | | Cf. justification concernant l'art. 3 | Procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 40 séances Pour que, après 40 séances, l'assurance continue de prendre en charge les coûts [...] |
| SSS (Section des psychologues) | 11b | 1 | | Aucune remarque. | |
| SSS (Section des psychologues) | 11b | 1 | a | Médecins habilités à prescrire La SSS (Section des psychologues) approuve entièrement la proposition relative aux médecins habilités à prescrire une psychothérapie pratiquée par un psychologue. Accorder à différentes catégories de médecins la possibilité d'adresser des patients va clairement dans le sens de la suppression des obstacles à la prise en charge - notamment dans les situations de crise. Pour les personnes qui ont opté pour un modèle d'assurance tel que le modèle de | Modification proposée pour la version française: [...] 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 [...] |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|---|---|--|---|
| | | | | <p>médecin de famille, par exemple, un autre médecin peut ainsi prescrire la psychothérapie.</p> <p>Une erreur de traduction s'est glissée dans la version française du projet d'ordonnance. La SSS (Section des psychologues) part du principe que la version allemande fait foi et propose par conséquent de corriger la version française en remplaçant «psychologie des enfants et des adolescents» par «en pédiatrie» (erreur de traduction du terme «<i>Kinder und Jugendmedizin</i>»).</p> <p>D'après les informations transmises par l'OFSP à la SSS (Section des psychologues), il n'est pas possible de corriger cette erreur de traduction dans le cadre de l'actuelle procédure de consultation (e-mail du 2 septembre 2019, 12h53).</p> | |
| SSS (Section des psychologues) | 11b | 1 | b | <p>Interventions en cas de crise</p> <p>Les interventions en cas de crise sont sans rapport avec les thérapies de courte durée.</p> <p>Une crise peut être déclenchée, non seulement par une maladie somatique, mais aussi par un trouble psychique. Par conséquent, la restriction aux crises d'origine somatique est inappropriée. Il convient donc de biffer l'adjectif «somatique».</p> <p>La SSS (Section des psychologues) salue la proposition concernant la possibilité d'élargir la compétence de prescription aux médecins de</p> | <p>Modification proposée :</p> <p>s'agissant des prestations fournies dans le cadre d'interventions en cas de crise ou de thérapies de courte durée pour des patients atteints de maladies somatiques graves, en cas de nouveau diagnostic ou d'une situation mettant la vie en danger, par un médecin titulaire d'un titre postgrade visé à la let. a ou d'un autre titre postgrade.</p> |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|---|--|---|--|
| | | | | toute spécialité pour les interventions en cas de crise, qui va dans le sens d'une suppression des obstacles à la prise en charge. Cela améliore clairement l'accès à la psychothérapie. Manquent néanmoins la définition de la situation de crise et les critères à remplir pour qu'elle puisse être retenue. | |
| SSS (Section des psychologues) | 11b | 2 | | <p>Limitation à 15 séances</p> <p>La limitation à 15 séances est inacceptable, car coûteuse et inutile. L'inégalité de traitement par rapport aux psychothérapeutes-médecins n'est pas justifiée sur le plan professionnel. Elle entraîne une surcharge administrative, au détriment des patients et de la thérapie. Une telle restriction rend impossible la prise en charge de personnes atteintes de troubles chroniques graves. Elle détériore l'accès à la psychothérapie au lieu de l'améliorer.</p> <p>Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances.</p> | <p>Demande de suppression de l'alinéa:</p> <p>Pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, l'assurance prend en charge, par prescription médicale, les coûts de 15 séances au plus, d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe.</p> |
| SSS (Section des psychologues) | 11b | 3 | | <p>La SSS (Section des psychologues) n'a rien à objecter à la limitation à 10 séances concernant les interventions en cas de crise.</p> <p>Voir la justification de la proposition de modification de l'art. 3 concernant la durée des séances.</p> | <p>Pour les prestations visées à l'al. 1, let. b, l'assurance prend en charge les coûts de dix séances au plus d'une durée maximale de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapies de groupe.</p> |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------|---|--|--|--|
| SSS (Section des psychologues) | 11b | 4 | | Cf. art. 11b, al. 2. Le rapport doit être rédigé et présenté conformément à l'art. 11, al. 5. | Demande de suppression de l'alinéa: Le psychologue-psychothérapeute rédige, avant l'échéance des séances prescrites, un rapport à l'intention du médecin qui prescrit la thérapie. |
| SSS (Section des psychologues) | 11b | 5 | | Les rapports après 40 séances doivent être rédigés par le psychothérapeute en charge du cas et non par le médecin prescripteur. Toute autre exigence est inappropriée. | Si, pour les prestations visées à l'al. 1, let. a, la psychothérapie doit être poursuivie après 40 séances, la procédure prévue à l'art. 3b est applicable par analogie; la demande est formulée par le médecin prescripteur, le rapport est rédigé par le psychothérapeute. |
| SSS (Section des psychologues) | Disposition transitoire | | | La durée de prise en charge supplémentaire de 12 mois des prestations de psychothérapie déléguée est plutôt courte, mais acceptable. | |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento degli psicoterapeuti psicologi nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

Parere di

Nome / ditta / organizzazione: Comitato della Società ticinese di psichiatria e psicoterapia

Sigla della ditta / dell'organizzazione: STTP

Indirizzo: Società ticinese di psichiatria e psicoterapia, 6900 Lugano

Persona di contatto: Dr. med. Paolo Bausch, presidente STTP, Piazza Molino Nuovo 17, 6900 Lugano

Telefono: 0919234301

E-mail: info@sttp.ch

Data: 25.07.2019

Indicazioni importanti:

1. La preghiamo di non modificare la formattazione del modulo e di compilare unicamente i campi di colore grigio.
2. Utilizzare una sola riga per ciascun articolo, capoverso e lettera o per ciascun capitolo del rapporto esplicativo.
3. La invitiamo a inviare il Suo parere in formato Word per e-mail entro il/l' **data** ai seguenti indirizzi e-mail:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Grazie per la collaborazione!

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento degli psicoterapeuti psicologi nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

Osservazioni generali

| Nome/ditta | Osservazione/suggerimento |
|------------|--|
| | A nome della STTP e dopo aver consultato i membri del comitato, vi sottoponiamo le nostre osservazioni: |
| | <p>Per quanto concerne l'accesso alla psicoterapia in Ticino, nei centri urbani, non siamo a conoscenza di difficoltà o liste d'attesa particolari, mentre potrebbe essere più complicato accedere alla psicoterapia per bambini e adolescenti o trovare psicoterapeuti nelle valli o nelle zone discoste. L'aumento del numero di psicologi psicoterapeuti non porterebbe automaticamente un miglioramento della situazione in quanto come già oggi, la maggior parte di loro praticherebbero nei grandi centri dove già ora vi è una buona copertura. Pensiamo quindi che questo non sia un argomento valido a sostegno dell'idea di cambiare la legge.</p> |
| | <p>L'aumento del numero di operatori a carico della Lamal comporterà un grande aumento dei costi, ben maggiore di quanto stimato dal Consiglio Federale. Questo anche a causa dell'apertura alla prescrizione della psicoterapia psicologica anche a medici che non hanno nessuna formazione in psichiatria (ginecologi, internisti,...). Nei fatti ci potranno essere più facilmente abusi, nel senso di psicoterapie a carico della LaMal per persone che non hanno una malattia psichica, ma vogliono fare un lavoro su loro stessi o conoscersi meglio. Se sono gli psichiatri a fare da filtro alla psicoterapia psicologica questo rischio prob. si riduce, poiché le indicazioni sarebbero poste con maggiore pertinenza.</p> <p>Ci sembra inoltre grave che si consideri che qualunque medico abbia le competenze psichiatriche necessarie per una valutazione psichiatrica specialistica (un po' come dire che ogni medico può mettere un gesso se incontra un paziente con un braccio rotto). Riteniamo questa visione lesiva della nostra professionalità e pericolosa per i pazienti. Essi potrebbero soffrire di una patologia psichiatrica maggiore presa a carico dal sistema sanitario senza mai vedere uno specialista psichiatria e psicoterapia. Sarebbe questo un passo avanti?</p> <p>In Svizzera ogni psichiatra ha la doppia specialità anche in psicoterapia (con l'obbligo di una formazione che dura per la psicoterapia medica dai 3 ai 4 anni in scuole specialistiche riconosciute). Queste competenze specifiche unitamente alla competenza per la presa a carico di pazienti psichiatrici gravi non sono presenti in colleghi medici non psichiatri. Pare strano che queste evidenze non vengano riconosciute dal legislatore.</p> <p>Per questo ci opponiamo all'idea che qualunque medico in caso di urgenza e un grande numero di medici negli altri casi (ad esempio un ginecologo) possano prescrivere una cura per la quale non hanno nessuna formazione, e valutarne dopo 30 sedute l'efficacia.</p> |
| | Un altro punto sul quale non possiamo essere d'accordo è la diminuzione del numero di sedute coperte dalla Lamal e il fatto che queste non potranno più essere prese a carico dalle assicurazioni complementari. |

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento degli psicoterapeuti psicologi nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica delle condizioni d'autorizzazione delle levatrici e delle persone che dispensano cure previa prescrizione medica
Procedura di consultazione

| | |
|--|---|
| | <p>15 sedute ed ev altre 15 per un totale di 30 sono per molti casi poche. Cosa succede se un paziente necessita di ulteriori sedute? come saranno presi a carico i pazienti gravi con patologie maggiori o disturbi di personalità seri che necessitano di una presa a carico di lungo corso?</p> <p>Se questa ordinanza ha lo scopo di facilitare l'accesso alle cure vi è il rischio concreto che le cure non potranno più essere garantite per il tempo necessario.</p> <p>Pazienti inoltre con la franchigia alta, che anche per questo preferiscono oggi recarsi da uno psicoterapeuta per una psicoterapia psicologica a carico delle assicurazioni complementari, eviteranno un contatto specialistico per problemi di costi. Questo paradossalmente comporterà una maggiore difficoltà di accesso alla psicoterapia psicologica per una fetta importante di popolazione (spesso la più vulnerabile).</p> |
| | <p>Questa proposta presenta dei grossi rischi di dumping, perché se la psicoterapia psicologica costerà la metà o magari meno della psicoterapia medica (quanto sarà la tariffa oraria riconosciuta agli psicologi psicoterapeuti?), e saranno entrambe riconosciute dalla LaMal, ci sarà una pressione enorme da parte delle casse malati per far fare tutte le psicoterapie agli psicologi. Questo porterà ad una diminuzione delle psicoterapie mediche che con la loro specificità hanno delle indicazioni che non possono essere sostituite dalle psicoterapie psicologiche. Di fatto quindi vi sarà una ulteriore minore copertura sanitaria della popolazione che necessita di aiuto psicoterapico.</p> |
| | <p>Da ultimo mentre dal lato formale e legale vi è sicuramente una maggior dignità della figura dello psicoterapeuta psicologo e una sua maggior responsabilità, non siamo sicuri che per la categoria vi saranno dei vantaggi economici o professionali chiari. Abbiamo notizia che anche parte delle società cantonali degli psicologi sono contro questo cambiamento. Molto dipenderà infatti da quali saranno le tariffe applicate alla psicoterapia psicologica e se continuerà ad esser possibile in futuro un lavoro in rete con gli psichiatri. Questo oggi arricchisce professionalmente tutte le parti in causa e di questo beneficia in ultima analisi il paziente il cui benessere deve rimanere la nostra preoccupazione ultima.</p> |
| | |

Per eliminare singole tabelle dal modulo o aggiungere nuove righe, disattivare la protezione in «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni nell'allegato.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen

Abkürzung der Firma / Organisation : svbg

Adresse : Altenbergstr. 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Claudia Galli

Telefon : 031 313 88 46

E-Mail : cl.galli@svbg-fsas.ch

Datum : 04.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **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 |
| SVBG | <p>Der SVBG bedankt sich beim Bundesrat für die Gelegenheit, sich zur Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie zu äussern.</p> <p>Der svbg vereinigt als Dachverband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen 15 Organisationen mit insgesamt rund 50'000 Fachpersonen im Gesundheitswesen, neben dem Schweizerischen Berufsverband für Angewandte Psychologie SBAP u.a. den ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz EVS, den Schweizerischen Hebammenverband SHV, den Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer SBK und den Schweizerischen Verband der Ernährungsberater/innen SVDE.</p> <p>Der SVBG und seine Mitgliedverbände unterstützen das Anliegen, die psychologische Psychotherapie neu im Anordnungsmodell zu regeln.</p> |
| SVBG | <p>Die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie ist der längst fällige Schritt zur Abschaffung des Delegationsmodells hin zur Anerkennung der postgradualen Ausbildung von psychologischen PsychotherapeutInnen und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben – eine Sachlage, die bereits durch das Inkrafttreten des PsyG im Jahr 2013 gesetzlich verankert wurde.</p> <p>Der SVBG begrüsst die Ziele der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie, speziell auch in Krisen- und Notfallsituationen. Durch die Möglichkeit der Anordnung durch Grundversorger werden bestehende Hürden in der Versorgung von psychisch Kranken abgebaut.</p> <p>Der svbg ist einverstanden mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten ÄrztInnen. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der PatientInnen ermöglicht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart.</p> |
| SVBG | <p>In folgenden Punkten unterstützt der svbg die Anliegen der Psychologieverbände SBAP, FSP und ASP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beibehaltung der bisherigen Anordnung von 40 Sitzungen, da sich diese Praxis bewährt hat und da die Erfahrung aus den anderen Berufen zeigt, dass eine stärkere Beschränkung der Anzahl Sitzungen den administrativen Aufwand und damit letztlich die Kosten steigert. • Ablehnung der Beschränkung auf 15 Sitzungen. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische PsychotherapeutInnen gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Einverständnis mit dem zusätzlichen klinischen Jahr, jedoch muss es zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. • Ablehnung der Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag sind zu streichen. • Einverständnis zum Antrag um Fortsetzung der Therapie durch die anordnende Ärztin oder den anordnenden Arzt, jedoch muss der dazugehörige Bericht von der behandelnden Psychotherapeutin oder vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. • Ablehnung der Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wie sie im Vorschlag definiert ist ab. In einem ersten Schritt sollen Tauglichkeit und Praktikabilität einer solchen Diagnostik in einem Modellprojekt geprüft werden. Hiernach kann ein Stichprobenverfahren implementiert werden. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Ein Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom ist zwingend zu ergänzen. <p>Wir bitten Sie, die entsprechenden detaillierten Bemerkungen der Verbände FSP, SBAP, und ASP zu berücksichtigen.</p> |
| SVBG | Im Folgenden finden Sie zusätzliche Bemerkungen zu einzelnen KVV-Artikeln, welche die im GesBG reglementierten Berufe und die Logopädie betreffen. |

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|------|------|------|---|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| SVBG | 45 | b | 1-4 | <p>Abschnitt b, Punkt 1: Neu</p> <p>Im Abschnitt b fehlt an erster Stelle die Möglichkeit, als Hebamme die zweijährige praktische Tätigkeit bei einer nach</p> | <p>Die Hebammen haben nachzuweisen:</p> <p>a. einen Bachelor of Science in Hebamme FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 des</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|----|---|---|--|---|
| | | | | <p>dieser Verordnung zugelassenen Hebamme zu absolvieren – das ist zwingend zu ergänzen</p> <p>Abschnitt b, Punkt 2: Neu sollen kantonal bewilligte Geburtshäuser und kantonal bewilligte Geburtspraxen hier namentlich erwähnt werden. Beide Institutionen haben entweder einen gesetzlichen Ausbildungsauftrag oder bieten auf freiwilliger Basis Ausbildungsplätze für Hebammenstudierende an. Sie bieten Studierenden Einblick in das gesamte Spektrum der Hebammentätigkeit (Schwangerschaftskontrollen, Geburten, Wochenbettbetreuungen, Stillberatungen). Deshalb soll die praktische Berufserfahrung zum Erwerb der Zulassungsbedingungen auch in einem kantonal bewilligten Geburtshaus / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter Leitung einer Hebamme erfolgen können; ausserdem ist zu präzisieren, dass diese Hebamme die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.</p> <p>Zu Punkt 3: Die vorgesehene Aufhebung der bestehenden Ziffer 3 begrüssen wir.</p> <p>Zu Punkt 4: Die Organisationen der Hebammen sind im vorliegenden Entwurf entfallen; diese müssen zwingend wieder aufgenommen werden, entweder unter Punkt 1 (bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme oder Organisation der Hebammen) oder wie bislang als separater Punkt.</p> | <p>Gesundheitsberufegesetzes vom 30. September 2016 (GesBG9 gleichwertigen Bildungsabschluss</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> <p>1. <i>bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme,</i></p> <p>2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals <i>oder eines kantonal bewilligten Geburtshauses /einer kantonal bewilligten Geburtspraxis</i> unter der Leitung einer Hebamme, <i>die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt</i></p> <p>3. <i>Aufgehoben</i></p> <p>4. <i>einer Organisation der Hebammen unter Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzung dieser Verordnung erfüllt</i></p> <p>c.eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG.</p> |
| SVBG | 48 | b | 1 | <p>Im Punkt 1 sind die Organisationen der Ergotherapie zu ergänzen – damit sind die Zulassungsformen der Ergotherapie</p> | <p>4. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|----|---|---|---|--|
| | | | | <p>analog wie bei der Ernährungsberatung in einem Punkt zusammengefasst.</p> <p>Die «Organisationen der Ergotherapie» sind zu unterscheiden von den öffentlichen oder privaten Organisationen, in denen ErgotherapeutInnen unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, die zweijährige Berufspraxis erwerben können.</p> | <p>1. bei einem Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, <i>oder in einer Organisation der Ergotherapie</i>, der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist,</p> |
| SVBG | 48 | b | 2 | <p>Im Punkt 2 sind die Rehabilitationseinrichtungen zu ergänzen; nicht nur in Spitälern sind die Voraussetzungen gegeben, dass Ergotherapeutinnen und -therapeuten die zweijährige Berufspraxis erwerben können</p> | <p>2. in einem Spital <i>oder einer Rehabilitationseinrichtung</i> unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, oder</p> |
| SVBG | 48 | b | 3 | <p>Im Punkt 3 geht es im Unterschied zu Punkt 1 nicht um «Organisationen der Ergotherapie», sondern analog zur Ernährungsberatung um öffentliche oder private Organisationen, in denen Ergotherapeutinnen und -therapeuten angestellt sind und wo sie unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, die zweijährige Berufspraxis erwerben können.</p> | <p>3. <i>in einer öffentlichen oder privaten Organisation der Ergotherapie</i> unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.</p> |
| SVBG | 49 | | | <p>Im einleitenden Satz fehlen hier die «Pflegefachfrauen», diese bitte ergänzen</p> | <p>Art. 49 Die Pflegefachmänner <i>und Pflegefachfrauen</i> müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|----|---|---|---|--|
| | | | | | oder 34 Absatz 1 GesBG5 verfügen und haben nachzuweisen: |
| SVBG | 49 | b | 3 | Hier ist wie bei der Ernährungsberatung, bei den Hebammen und der Ergotherapie zu präzisieren, dass es sich um «private oder öffentliche» Organisationen der Krankenpflege handeln kann. | 3. in einer <i>privaten oder öffentlichen</i> Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt. |
| SVBG | 50 | a | a | Hier ist folgender Fehler zu korrigieren: die Bezeichnung des FH-Abschlusses muss jenem im Gesundheitsberufegesetz entsprechend angepasst werden: <i>Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik</i> und analog auf Französisch <i>Bachelor of Science en Nutrition et diététique</i> | a. einen Bachelor of Science in <i>Ernährung und Diätetik</i> FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 GesBG gleichwertigen Bildungsabschluss; |
| SVBG | 50 | b | 1 | Wir beantragen, bei in KVV Art. 50, b Abs. 1 und 2 analog zu den anderen Berufen „in einer Facharztpraxis“ sowie „entsprechender fachärztlicher“ zu streichen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Bestimmungen der andern Paramediziner*innen bei den Logopäd*innen, die zulasten der Krankenversicherung tätig sind, nicht zur Anwendung kommen soll. Da die Tätigkeit unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden erfolgen muss, die/der die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist die Sicherung der Qualität gewährleistet. | b. eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie mit überwiegender Erfahrung im Erwachsenenbereich; davon: 1. muss mindestens ein Jahr in einem Spital <i>unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und in Begleitung unter der Leitung</i> eines Logopäden oder einer Logopädin, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, absolviert 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**

| | | | | | |
|------|----------------|---|---|---|---|
| SVBG | 50 | b | 2 | dito | 2. kann ein Jahr unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung unter der Leitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, in einer Facharztpraxis oder in einer Organisation der Logopädie, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, absolviert werden. |
| SVBG | Übergangsbest. | 3 | | Diese Übergangsbestimmung ist für die Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Bst a-c und e zentral und muss unbedingt beibehalten werden. | |
| | | | | Zu den weiteren Details zu diesem Entwurf verweisen wir auf die Stellungnahme von FSP, SBAP und ASP, deren Anliegen wir unterstützen | |

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**

| | | | | | |
|------|--|--|--|---|--|
| SVBG | | | | Zu den Details zu diesem Entwurf verweisen wir auf die Stellungnahme von FSP, SBAP und ASP, deren Anliegen wir unterstützen | |
|------|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie

Abkürzung der Firma / Organisation : SBAP

Adresse : Konradstrasse 6, 8005 Zürich

Kontaktperson : Michèle Andermatt

Telefon : 043 268 0405

E-Mail : michele.anderlatt@sbap.ch

Datum : 09.09.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **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 |
| SBAP | <p>Der SBAP 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 PsychotherapeutInnen und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben – eine Sachlage, die bereits durch das Inkrafttreten des PsyG im Jahr 2013 gesetzlich verankert wurde. Der SBAP bedankt sich zudem bei BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme das Resultat der Zusammenarbeit der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände SBAP, FSP und ASP ist und gemeinsam erarbeitet wurde. Alle drei Organisationen reichen bei dieser Vernehmlassung eine gemeinsame Position ein, die sich nur in wenigen Details unterscheidet.</p> |
| SBAP | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche der SBAP klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der SBAP 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 Grundversorgern 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 der SBAP mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten ÄrztInnen. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der PatientInnen erhöht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart. |
| SBAP | <p>Inhalte der Vorlage, welche der SBAP ablehnt und deren Anpassung er fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der SBAP lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Er 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. • Der SBAP lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische PsychotherapeutInnen gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Der SBAP ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. • Der SBAP lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Der SBAP verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Der SBAP ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) durch die anordnende Ärztin oder den anordnenden Arzt einverstanden. Der dazugehörige Bericht muss aber zwingend von der behandelnden Psychotherapeutin oder vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. • Der SBAP 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. |
| SBAP | <p>Ergänzungen, welche der SBAP vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <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 selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Der SBAP verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von PsychotherapeutInnen gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den ÄrztInnen 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. • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten PsychotherapeutInnen in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht des SBAP braucht es weiterhin die Möglichkeit psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Der SBAP unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigte Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt kann sich der SBAP eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapie basiert auf Sprache. Der SBAP fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
|--|--|

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| SBAP | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| SBAP | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für NeuropsychologInnen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für NeuropsychologInnen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» den Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich NeuropsychologInnen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| SBAP | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen PsychotherapeutInnen auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|---|
| | | | | Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige. | |
| SBAP | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht des SBAP unbestritten. Der SBAP 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. Der SBAP steht aber der geforderten zusätzlichen Erfahrung von 12 Monaten klinischer Praxis kritisch gegenüber, sofern diese nur nach Abschluss der Weiterbildung zur eidg. anerkannten Psychotherapeutin oder zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen kann. Der SBAP begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für den SBAP ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|------------|--|--|
| | | | | <p>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 ÄrztInnen).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einer Fachärztin oder einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Der SBAP fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt der SBAP ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidg. anerkannten PsychotherapeutIn oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| SBAP | 50c | 1 | d (neu) | Sprachkompetenz | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache 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**

| | | | | | |
|------|-----|---|--|--|---|
| | | | | Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Der SBAP fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| SBAP | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Der SBAP ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahres einverstanden. Als kritisch erachtet der SBAP 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 der SBAP folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische PsychotherapeutInnen zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|----------------|-------|--|--|--|
| | | | | angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen. | |
| SBAP | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| SBAP | (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 Organisation 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. |
| SBAP | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Der SBAP begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene PsychotherapeutInnen. 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. | |
| SBAP | Übergangsbest. | 3 | | Der SBAP stellt fest, dass bei der Übergangsbestimmung die NeuropsychologInnen keine Erwähnung finden. Es gibt einige Kantone, die bisher keine Bewilligungspflicht für die NeuropsychologInnen kennen. Daher kann eine Übergangsbestimmung, welche die NeuropsychologInnen 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) |
| SBAP | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| SBAP | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Der SBAP 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jede Patientin und jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische als auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelne Patientin oder 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. <p>Der SBAP schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|---|--|--|---|--|
| | | | | 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. | |
| SBAP | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Der SBAP ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, PatientIn). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass PatientInnen nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|--|---|--|---|
| | | | | <p>Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Der SBAP ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagene Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| SBAP | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| SBAP | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| SBAP | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte ÄrztInnen</p> <p>Der SBAP begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugte Ärztinnen</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>und anordnungsbefugten Ärzte. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedenen Kategorien von ÄrztInnen dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so eine andere Ärztin oder ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Der SBAP geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> | <p>psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| SBAP | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst der SBAP den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von ÄrztInnen jeder Fachrichtung erfolgen kann.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|--|--|---|
| | | | | 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. | |
| SBAP | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen sind inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen PsychotherapeutInnen ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die PatientInnen und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| SBAP | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| SBAP | 11b | 4 | | Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen. | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|---------------------|---|--|--|---|
| | | | | | Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht. |
| SBAP | 11b | 5 | | Die Berichte nach 40 Stunden müssen von der fallverantwortlichen Psychotherapeutin oder vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten erstellt werden und nicht von der anordnenden Ärztin oder 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. |
| SBAP | 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 : Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen

Abkürzung der Firma / Organisation : SVDE ASDD

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Gabi Fontana

Telefon : 031 313 88 70

E-Mail : gabi.fontana@svde-asdd.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 **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 |
| SVDE | <p>Der SVDE bedankt sich beim Bundesrat für die Gelegenheit, sich zur Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie zu äussern.</p> <p>Der SVDE lehnt sich an der Rückmeldung des SVBG an und unterstützt das Anliegen, die psychologische Psychotherapie neu im Anordnungsmodell zu regeln.</p> |
| SVDE | <p>Die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie ist der längst fällige Schritt zur Abschaffung des Delegationsmodells hin zur Anerkennung der postgradualen Ausbildung von psychologischen PsychotherapeutInnen und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben – eine Sachlage, die bereits durch das Inkrafttreten des PsyG im Jahr 2013 gesetzlich verankert wurde.</p> <p>Der SVDE begrüsst die Ziele der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie, speziell auch in Krisen- und Notfallsituationen. Durch die Möglichkeit der Anordnung durch Grundversorger werden bestehende Hürden in der Versorgung von psychisch Kranken abgebaut.</p> <p>Der SVDE ist einverstanden mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten ÄrztInnen. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der PatientInnen ermöglicht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart.</p> |
| SVDE | <p>In folgenden Punkten unterstützt der SVDE die Anliegen der Psychologieverbände SBAP, FSP und ASP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beibehaltung der bisherigen Anordnung von 40 Sitzungen, da sich diese Praxis bewährt hat und da die Erfahrung aus den anderen Berufen zeigt, dass eine stärkere Beschränkung der Anzahl Sitzungen den administrativen Aufwand und damit letztlich die Kosten steigert. • Ablehnung der Beschränkung auf 15 Sitzungen. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische PsychotherapeutInnen gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Einverständnis mit dem zusätzlichen klinischen Jahr, jedoch muss es zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ablehnung der Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag sind zu streichen. • Einverständnis zum Antrag um Fortsetzung der Therapie durch die anordnende Ärztin oder den anordnenden Arzt, jedoch muss der dazugehörige Bericht von der behandelnden Psychotherapeutin oder vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. • Ablehnung der Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wie sie im Vorschlag definiert ist ab. In einem ersten Schritt sollen Tauglichkeit und Praktikabilität einer solchen Diagnostik in einem Modellprojekt geprüft werden. Hiernach kann ein Stichprobenverfahren implementiert werden. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Ein Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom ist zwingend zu ergänzen. <p>Wir bitten Sie, die entsprechenden detaillierten Bemerkungen der Verbände FSP, SBAP, und ASP zu berücksichtigen.</p> |
| SVDE | Im Folgenden finden Sie zusätzliche Bemerkungen zu einzelnen KVV-Artikeln, welche die im GesBG reglementierten Berufe und die Logopädie betreffen. |

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
|------------|------|------|------|--|--|
| SVDE | 45 | b | 1-4 | <p>Abschnitt b, Punkt 1: Neu</p> <p>Im Abschnitt b fehlt an erster Stelle die Möglichkeit, als Hebamme die zweijährige praktische Tätigkeit bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme zu absolvieren – das ist zwingend zu ergänzen</p> | <p>Die Hebammen haben nachzuweisen:</p> <p>a. einen Bachelor of Science in Hebamme FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 des Gesundheitsberufegesetzes vom 30. September 2016 (GesBG9</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|----|---|---|--|--|
| | | | | <p>Abschnitt b, Punkt 2: Neu sollen kantonal bewilligte Geburtshäuser und kantonal bewilligte Geburtspraxen hier namentlich erwähnt werden. Beide Institutionen haben entweder einen gesetzlichen Ausbildungsauftrag oder bieten auf freiwilliger Basis Ausbildungsplätze für Hebammenstudierende an. Sie bieten Studierenden Einblick in das gesamte Spektrum der Hebammentätigkeit (Schwangerschaftskontrollen, Geburten, Wochenbettbetreuungen, Stillberatungen). Deshalb soll die praktische Berufserfahrung zum Erwerb der Zulassungsbedingungen auch in einem kantonal bewilligten Geburtshaus / einer kantonal bewilligten Geburtspraxis unter Leitung einer Hebamme erfolgen können; ausserdem ist zu präzisieren, dass diese Hebamme die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.</p> <p>Zu Punkt 3: Die vorgesehene Aufhebung der bestehenden Ziffer 3 begrüssen wir.</p> <p>Zu Punkt 4: Die Organisationen der Hebammen sind im vorliegenden Entwurf entfallen; diese müssen zwingend wieder aufgenommen werden, entweder unter Punkt 1 (bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme oder Organisation der Hebammen) oder wie bislang als separater Punkt.</p> | <p>gleichwertigen Bildungsabschluss</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> <p>1. <i>bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme,</i></p> <p>2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals <i>oder eines kantonal bewilligten Geburtshauses /einer kantonal bewilligten Geburtspraxis</i> unter der Leitung einer Hebamme, <i>die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt</i></p> <p>3. <i>Aufgehoben</i></p> <p>4. <i>einer Organisation der Hebammen unter Leitung einer Hebamme, die die Zulassungsvoraussetzung dieser Verordnung erfüllt</i></p> <p>c.eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG.</p> |
| SVDE | 48 | b | 1 | <p>Im Punkt 1 sind die Organisationen der Ergotherapie zu ergänzen – damit sind die Zulassungsformen der Ergotherapie analog wie bei der Ernährungsberatung in einem Punkt zusammengefasst.</p> | <p>4. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> <p>1. bei einem Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, <i>oder in einer Organisation der</i></p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|----|---|---|--|---|
| | | | | Die «Organisationen der Ergotherapie» sind zu unterscheiden von den öffentlichen oder privaten Organisationen, in denen ErgotherapeutInnen unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, die zweijährige Berufspraxis erwerben können. | <i>Ergotherapie</i> , der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist, |
| SVDE | 48 | b | 2 | Im Punkt 2 sind die Rehabilitationseinrichtungen zu ergänzen; nicht nur in Spitälern sind die Voraussetzungen gegeben, dass Ergotherapeutinnen und -therapeuten die zweijährige Berufspraxis erwerben können | 2. in einem Spital <i>oder einer Rehabilitationseinrichtung</i> unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, oder |
| SVDE | 48 | b | 3 | Im Punkt 3 geht es im Unterschied zu Punkt 1 nicht um «Organisationen der Ergotherapie», sondern analog zur Ernährungsberatung um öffentliche oder private Organisationen, in denen Ergotherapeutinnen und -therapeuten angestellt sind und wo sie unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, die zweijährige Berufspraxis erwerben können. | 3. <i>in einer öffentlichen oder privaten Organisation der Ergotherapie</i> unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt. |
| SVDE | 49 | | | Im einleitenden Satz fehlen hier die «Pflegefachfrauen», diese bitte ergänzen | Art. 49 Die Pflegefachmänner <i>und Pflegefachfrauen</i> müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesBG5 verfügen und haben nachzuweisen: |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|----|---|---|---|--|
| SVDE | 49 | b | 3 | Hier ist wie bei der Ernährungsberatung, bei den Hebammen und der Ergotherapie zu präzisieren, dass es sich um «private oder öffentliche» Organisationen der Krankenpflege handeln kann. | 3. in einer <i>privaten oder öffentlichen</i> Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt. |
| SVDE | 50 | a | a | Hier ist folgender Fehler zu korrigieren: die Bezeichnung des FH-Abschlusses muss jenem im Gesundheitsberufegesetz entsprechend angepasst werden: <i>Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik</i> und analog auf Französisch <i>Bachelor of Science en Nutrition et diététique</i> | a. einen Bachelor of Science in <i>Ernährung und Diätetik</i> FH oder einen nach Artikel 10 oder 34 Absatz 3 GesBG gleichwertigen Bildungsabschluss; |
| SVDE | 50 | b | 1 | Wir beantragen, bei in KVV Art. 50, b Abs. 1 und 2 analog zu den anderen Berufen „in einer Facharztpraxis“ sowie „entsprechender fachärztlicher“ zu streichen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Bestimmungen der andern Paramediziner*innen bei den Logopäd*innen, die zulasten der Krankenversicherung tätig sind, nicht zur Anwendung kommen soll. Da die Tätigkeit unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden erfolgen muss, die/der die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist die Sicherung der Qualität gewährleistet. | b. eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie mit überwiegender Erfahrung im Erwachsenenbereich; davon: 1. muss mindestens ein Jahr in einem Spital <i>unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und in Begleitung unter der Leitung</i> eines Logopäden oder einer Logopädin, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, absolviert werden, |
| SVDE | 50 | b | 2 | dito | 2. kann ein Jahr <i>unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung unter der Leitung eines</i> Logopäden oder einer Logopädin, |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|---------------|---|--|---|--|
| | | | | | welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, in einer <i>Facharztpraxis</i> oder in einer Organisation der Logopädie, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, absolviert werden. |
| SVDE | Übergangsbst. | 3 | | Diese Übergangsbestimmung ist für die Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Bst a-c und e zentral und muss unbedingt beibehalten werden. | |
| | | | | Zu den weiteren Details zu diesem Entwurf verweisen wir auf die Stellungnahme von FSP, SBAP und ASP, deren Anliegen wir unterstützen | |

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) |
| SVDE | | | | Zu den Details zu diesem Entwurf verweisen wir auf die Stellungnahme von FSP, SBAP und ASP, deren Anliegen wir unterstützen | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Vereinigung Klinischer Psychologinnen und Psychologen
Association Suisse des Psychologues Cliniciens et Cliniciens

Abkürzung der Firma / Organisation : SVKP ASPC

Adresse : Emil-Rütti-Weg 2

Kontaktperson : Christopher Schuetz, Präsident SVKP ASPC

Telefon : 079 216 37 21

E-Mail : christopher.schuetz@psychologie.ch

Datum : 08.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **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 |
| SVKP ASPC | <p>Die SVKP ASPC 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 SVKP ASPC bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben.</p> <p>Als Gliedverband der FSP vertritt die SVKP ASPC die Interessen der Klinischen Psychologen und vergibt als einziger Verband den FSP-Fachtitel in Klinischer Psychologie. Klinische Psychologen arbeiten in Institutionen des Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesens. Institutionen der stationären Behandlung sind psychiatrische, psychosomatische und neurologische Kliniken, Rehabilitationskliniken, Suchtkliniken, Spitäler, Heime und Anstalten des Straf- und Massnahmenvollzuges. Institutionen der ambulanten Behandlung sind Einrichtungen der Sozialpsychiatrie, Polikliniken, psychologische Institute der Universität sowie Beratungs- und Abklärungsstellen verschiedener Spezifität (Ehe, Partnerschaft, Erziehung, Schule, Sucht etc.). Ausserdem sind sie in Bereichen der Forschung, Lehre und Wirtschaft vertreten.</p> <p>Zum Zeitpunkt des Berufseinstiegs ins Feld der Klinischen Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie verfügen Klinische Psychologen über fundierte und breite theoretische Kenntnisse im Erkennen, Einschätzen und Behandeln von psychischen Erkrankungen. Die Absolventen eines Universitätsstudiums in Psychologie und Psychopathologie haben bereits in ihrem Bachelorstudium 24 Kreditpunkte in Kursen zu Themen der Psychopathologie, klinischen Diagnostik und Intervention einschliesslich deren Wirksamkeitsevaluation absolviert. Auch im aufbauenden Masterstudiengang sind Lehrangebote zur Klinischen Psychologie/ Psychopathologie und Psychotherapie prominent vertreten. Einige Beispiele von Lehrveranstaltungen: "Fallbezogenes Lernen in der Psychopathologie", "Suizidalität", "klinische Psychopharmakologie", "Traumatherapie", aber auch praxisorientierte Kurse wie "psychotherapeutische Gesprächsführung", "Psychotherapeutische Methoden im Vergleich", "Diagnostik in der Psychotherapie" (s. Vorlesungsverzeichnis des Psychologischen Instituts der Universität Zürich), des weiteren diverse Veranstaltungen, die sich vertieft aktuellen Forschungsergebnissen und Behandlungsmöglichkeiten einzelner psychischer und psychosomatischer Störungsbilder widmen (Angststörungen, PTBS, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen etc.). Qualitätssicherung und systematische Evaluationen der Wirksamkeit psychologischer und psychotherapeutischer Verfahren sind lange etabliert.</p> <p>In den meisten Kliniken, Tageskliniken und Ambulatorien und anderen Institutionen der psychischen Gesundheitsversorgung könnte der Betrieb ohne die qualifizierte Arbeit von Psychologischen Psychotherapeuten und Klinischen Psychologen nicht aufrechterhalten werden. Psychologen leisten ab dem Zeitpunkt ihrer Tätigkeit in der Institution Notfalldienste, auch an Wochenenden und Feiertagen und beteiligen sich an Konsiliar- und Liaisondiensten. Sie haben leitende Funktionen inne, in deren Rahmen sie die Fallverantwortung tragen und die therapeutische Tätigkeit von Assistenzärzten sowie von Psychologen in Weiterbildung anleiten, supervidieren und evaluieren. Dabei haben sie</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|--|
| | <p>hervorragende Kompetenzen, Notfälle und Krisen oder medikamentösen Behandlungsbedarf selbständig zu erkennen und entsprechende Schritte rasch und effektiv einzuleiten.</p> <p>Psychologische Psychotherapeuten und Klinische Psychologen stellen Diagnosen und Indikation und evaluieren die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Psychologische Psychotherapeuten fassen selbständig Berichte an Kostenträger, Versicherungen und Behörden ab. Sie führen Gespräche mit Angehörigen, Arbeitgebern von Patienten, Case Managern und anderen Professionellen. Psychologen arbeiten nach dem bio-psycho-sozialen Ansatz und decken den psycho-sozialen Teil ab. Sie unterstützen ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Psychologen bieten das psychologische Gespräch, die integrierte klinisch-psychologische Behandlung IKPB, Psychotherapie im engeren Sinne und Soziotherapie an und</p> <p>Psychologen arbeiten bei Bedarf eng mit der IV zusammen, für welche sie Berichte erstellen und Therapien durchführen, mit Opferhilfestellen, Sozialbehörden oder der KESB und sie sind aus ihrer Arbeit in Institutionen und durch die Ausbildung bestens dazu befähigt, mit psychosozialen Einrichtungen wie Wohnheimen oder Sonderschulen etc. im professionellen Austausch zwecks Unterstützung der Therapie bzw. Rehabilitation zu stehen.</p> <p>Sie benötigen für alle diese Leistungen keine Anleitung oder Koordination durch einen Facharzt für Psychiatrie, sondern arbeiten mit Fachärzten auf Augenhöhe.</p> <p>Die laufende Evaluation der Arbeit der Fachpsychologen durch die Fachärzte findet in der Realität in den Praxen aber auch in den Institutionen bei nur einem kleinen Teil der Behandlungen statt (NZZ 16.11.2018) und wenn, dann meist auf Initiative der Psychologen wenn es darum geht, bei vorhandenem Verdacht auf eine organische Grunderkrankung oder eine komorbide Erkrankung oder bei bestehendem Bedarf nach einer zusätzlichen Psychopharmakotherapie die entsprechenden Fachärzte beizuzuziehen. Um die postulierte <i>flächendeckende</i> Betreuung und Überwachung der psychotherapeutischen Arbeit der Psychologen durch Fachärzte zu gewährleisten fehlen seitens der Ärzte meist die zeitlichen Ressourcen und, wie bereits erwähnt, auch die fachlichen psychotherapeutischen und teilweise auch sprachlichen und soziokulturellen Kenntnisse.</p> <p>Dieses Anordnungsmodell, versehen mit einigen Modifikationen, ist bestens dazu geeignet, eine integrale und ganzheitliche Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen zu gewährleisten. Wie bereits vorangehend ausgeführt und mit gutem Grund betont, ist es für Klinische Psychologen und Psychotherapeuten eine Selbstverständlichkeit, bei vorhandenem Verdacht auf eine organische Grunderkrankung oder eine komorbide Erkrankung oder bei bestehendem Bedarf nach einer zusätzlichen Psychopharmakotherapie die entsprechenden Fachärzte hinzuzuziehen und mit diesen integrativ zusammenzuarbeiten. Dieses Modell senkt die Hürden im Bereich der Behandlung psychischer Krankheiten effektiv und nutzt endlich die im Inland vorhandenen fachlichen und personellen Ressourcen in einer zielführenden und der Qualifikation der Fachpersonen angebrachten Weise, um das wachsende gesellschaftliche Problem des hohen Vorkommens psychischer und psychisch mitbedingter Störungen und Erkrankungen und deren fatalen Folgeproblemen innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anzugehen.</p> <p>Die Psychologen sind hervorragend dazu ausgebildet, nach Studienabschluss von Anfang an mit psychisch erkrankten Personen psychotherapeutisch zu arbeiten und berufsbegleitend die anspruchsvolle und hoch spezialisierte Psychotherapieweiterbildung zu absolvieren, in</p> |
|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|-----------|--|
| | <p>welcher sie dann bekanntlich in konsequenter Praxisorientierung ihre klinisch-diagnostischen und psychotherapeutischen Kenntnisse weiter elaborieren, vertiefen und nach hohen ethischen Richtlinien anwenden lernen und zudem an der steten Weiterentwicklung der eigenen Person (Wahrnehmungs-, Reflexions- und Empathievermögen, Offenheit etc.) arbeiten. Der hohe Fortbildungsstandard mit 80 Fortbildungspflichtstunden pro Jahr sichert die Qualität nach Weiterbildungsabschluss und setzt den Rahmen, innerhalb dessen Kenntnisse und Fertigkeiten in weiteren therapeutischen Verfahren erworben werden können, sodass die therapeutische Fähigkeit ständig wächst, in vielfältigsten Anforderungskontexten und Problemstellungen wirksam zu werden. Die insgesamt hohe Qualität ihrer Aus-, Weiter- und Fortbildung belegen Psychologische Psychotherapeuten seit Jahren durch ihre unentbehrliche Arbeit in Kliniken, Ambulanzen, Beratungsstellen, Heimen, Praxen.</p> |
| SVKP ASPC | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die SVKP ASPC klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SVKP ASPC 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 SVKP ASPC 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. |
| SVKP ASPC | <p>Inhalte der Vorlage, welche die SVKP ASPC ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SVKP ASPC 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. Zu klären ist auch wie die Auswirkungen auf chronisch erkrankte Patienten ist, bei denen eine Psychotherapie im engeren Sinn nicht möglich ist. Die SVKP ASPC lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen fachlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die SVKP ASPC erachtet - gestützt auf die Qualitätsstandards für den FSP Fachtitel in Klinischer Psychologie mit geforderten insgesamt 60 Monaten klinischer Erfahrung - das vorgeschlagene zusätzliche klinische Jahr als knapp bemessen, aber akzeptabel. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses zusätzliche Jahr Jahre bereits während der Weiterbildung zu absolvieren. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|-----------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die SVKP ASPC lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die SVKP ASPC verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die SVKP ASPC ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) durch den anordnenden Arzt einverstanden. Der dazugehörige Bericht muss aber vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. Die SVKP ASPC 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. |
| SVKP ASPC | <p>Ergänzungen, welche die SVKP ASPC vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Weiterbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die SVKP ASPC 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. Neben der Psychotherapie im engeren Sinne sollte auch die IKPP berücksichtigt werden. Chronisch erkrankte Patienten (Schizophrenie, bipolare Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen etc.), welche ein Leben lang einer Behandlung bedürfen, dürfen eigentlich nicht unter die Psychotherapie im engeren Sinne fallen. Dies betrifft vor allem die Sozialpsychiatrischen Ambulatorien oder Tageskliniken, bei denen es nicht zweckmässig ist, dass Berichte nach 15/30/40 Sitzungen an Krankenkassen erfolgen. Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten und Klinischen Psychologen in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der SVKP ASPC braucht es zwingend weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen, analog zu den Ergotherapeuten in den Institutionen. Die SVKP ASPC 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 |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|-----------|---|
| | <p>SVKP ASPC eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapie basiert auf Sprache. Die SVKP ASPC fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
| SVKP ASPC | 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) |
| SVKP ASPC | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| SVKP ASPC | 50c | 1 | a & b | Keine Bemerkungen | |
| SVKP ASPC | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der SVKP ASPC unbestritten. Die SVKP ASPC 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 SVKP</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis von einem Jahr in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>ASPC verlangt für den FSP-Fachtitel «Klinische Psychologie» den Nachweis von mindestens 5 Jahren klinischer Praxis.</p> <p>Die SVKP erachtet die zusätzlich geforderten 12 Monate für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen als zwar knapp bemessen, aber als grundsätzlich akzeptabel.</p> <p>Die SVKP ASPC steht aber der geforderten zusätzlichen Erfahrung klinischer Praxis kritisch gegenüber, sofern diese nur nach Abschluss der Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen kann.</p> <p>Für die SVKP ASPC ist nicht nachvollziehbar, warum die zusätzliche klinische Erfahrung erst nach Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine massive 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).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in</p> | <p>einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten mit mindestens 2 Jahren nachgewiesener klinischer Erfahrung.</p> |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----------|-----|---|------------|---|---|
| | | | | <p>Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen, aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die SVKP ASPC fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die 12 zusätzlichen klinischen Monate schon teilweise während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die SVKP ASPC ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können der ebenfalls 12 Monate zusätzlich klinische Erfahrung vorweisen kann. | |
| SVKP ASPC | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die SVKP ASPC fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----------|----------------|-------|--|---|---|
| SVKP ASPC | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die SVKP ASPC ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten einverstanden. Als kritisch erachtet die SVKP ASPC 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 SVKP ASPC folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| SVKP ASPC | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| SVKP ASPC | Übergangsbest. | 1 & 2 | | <p>Die SVKP ASPC begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeuten. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

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) |
| SVKP ASPC | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| SVKP ASPC | 2 | 1 | b | <p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Die SVKP ASPC teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Der Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik schiesst über das Ziel hinaus. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein | <p>Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen</p> <p>b. Sie umfasst eine Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----------|---|--|--|---|---|
| | | | | <p>Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der Eingangsdiaagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Die SVKP ASPC schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
| SVKP ASPC | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die SVKP ASPC ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <p>einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Notfallbehandlungen und Konsilien, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die SVKP ASPC 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</p> | <p>bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |
|--|--|--|--|---|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----------|-----|--|---|---|--|
| | | | | regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3. | |
| SVKP ASPC | 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 [...] |
| SVKP ASPC | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| SVKP ASPC | 11b | 1 | a | Anordnungsbefugte Ärzte Die SVKP ASPC begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzte. Grundsätzlich ist die SVKP ASPC der Meinung, dass alle ärztlichen Disziplinen anordnungsbefugt sein sollten. 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. | |
| SVKP ASPC | 11b | 1 | b | Kriseninterventionen Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun. | Änderungsvorschlag bei Leistungen zur Krisen- und Notfallintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----------|-----|---|--|--|---|
| | | | | <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die SVKP ASPC den Vorschlag, dass bei Krisen- und Notfallinterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p> | <p>somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |
| SVKP ASPC | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und fachlich unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----------|---------------------|---|--|---|---|
| SVKP ASPC | 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. |
| SVKP ASPC | 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. |
| SVKP ASPC | 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. |
| SVKP ASPC | Übergangsbestimmung | | | Der Zeitraum von 12 Monaten, in denen die delegierte Psychotherapie noch über die Versicherung abgerechnet werden kann, ist 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 : Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen

Abkürzung der Firma / Organisation : SVNP

Adresse : Effingerstrasse 15, 3008 Bern

Kontaktperson : Prof. Dr. Andreas U. Monsch, Präsident SVNP

Telefon : +41 79 514 31 61

E-Mail : andreas.monsch@unibas.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 **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 |
| SVNP | 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. |
| SVNP | <p>Die SVNP unterstützt und unterstreicht die von der FSP (in Koordination mit den Verbänden ASP und SBAP) eingereichte Vernehmlassung.</p> <p>Da diese drei Verbände zu Recht auf eine Klarstellung hinsichtlich der kantonalen Zulassung der Neuropsychologen und den Regelungsbedarf hinsichtlich der "Organisationen der Neuropsychologie" hinweisen und hierzu Änderungen der Gesetzesgrundlagen vorschlagen, sei an dieser Stelle noch folgende Bemerkung erlaubt: Bekanntlich kann die Neuropsychologie seit dem 1. Juli 2017 Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erbringen. Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen sind gemäss Art. 50b KVV zugelassen, nicht dagegen als "Organisationen der Neuropsychologie" wie dies bei sämtlichen anderen auf Anordnung tätigen Leistungserbringergruppen der Fall ist und im Rahmen der geforderten effizienten Leistungserbringung Sinn macht. Die SVNP ist deshalb der Meinung, dass die Schaffung der gesetzlichen Grundlage für die "Organisationen der Neuropsychologie" so rasch wie möglich vorzunehmen ist, auch im Hinblick auf die derzeit bestehenden Tarifstrukturverhandlungen.</p> <p>Die SVNP 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 SVNP bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> |
| SVNP | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die SVNP klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SVNP 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. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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"> Vollumfänglich einverstanden ist die SVNP 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. |
| SVNP | <p>Inhalte der Vorlage, welche die SVNP ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die SVNP 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 SVNP lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die SVNP 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 SVNP lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die SVNP verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die SVNP 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 SVNP 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. |
| SVNP | <p>Ergänzungen, welche die SVNP vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die SVNP 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 |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|--|
| | <p>werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der SVNP braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Die SVNP 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 SVNP eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Die SVNP fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
|--|--|

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|---------------------------|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| SVNP | 45-50a | | | 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**

| | | | | | |
|------|-----|---|-------|--|--|
| SVNP | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| SVNP | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.</p> | |
| SVNP | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der SVNP unbestritten. Die SVNP unterstützt auch das Argument des Bundesrats, dass die Erfahrung in interprofessionellen Teams und mit einem breiten Störungsspektrum wichtige</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| | | | | <p>Voraussetzungen sind für die Behandlung von Krankheiten im Rahmen des KVG. Die SVNP 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 SVNP begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die SVNP ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die SVNP fordert daher folgende Anpassungen:</p> | <p>Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |
|--|--|--|--|---|---|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|------------|--|---|
| | | | | <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die SVN ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| SVNP | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die SVN fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| SVNP | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die SVN ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die SVN aber die grosse Knappheit der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze. Im Hinblick auf eine langfristige Sicherstellung der Versorgung und um eine Verknappung an</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----------|--|--|--|--|
| | | | | <p>Ausbildungsplätzen zu verhindern, schlägt die SVNP folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| SVNP | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| SVNP | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der "Organisationen 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.</p> | <p>Organisationen der Neuropsychologie Organisationen der Neuropsychologie werden zugelassen, wenn sie:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|----------------|-------|--|---|---|
| | | | | | <p>Tätigkeitsbereich festgelegt haben;</p> <p>c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50b erfüllen;</p> <p>d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;</p> <p>e) an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologische Leistungen erbracht werden.</p> |
| SVNP | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die SVNP 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. | |
| SVNP | Übergangsbest. | 3 | | Die SVNP 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 | Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstagen a-c, e und f [...] |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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, welche die Neuropsychologen angemessen berücksichtigt, nicht an die Bewilligung geknüpft werden, sondern an die bisherige Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. | |
|--|--|--|--|--|--|

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) |
| SVNP | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| SVNP | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die SVNP 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: <ul style="list-style-type: none"> Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. | 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Die SVNP schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|---|--|--|---|--|
| SVNP | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die SVNP ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die SVNP ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |
|------|---|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|--------------------|--|---|---|---|
| | | | | 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. | |
| SVNP | 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 [...] |
| SVNP | Ergänzung Art. 11a | 1 | | In Kohärenz mit der Einführung von "Organisationen der Neuropsychologie" gemäss Art. 52e KVV (neu), ist auch die KLV entsprechend zu ergänzen. | [...] und von Organisationen der Neuropsychologie nach Artikel 52e KVV [...] |
| SVNP | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| SVNP | 11b | 1 | a | Anordnungsbefugte Ärzte Die SVNP 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 | 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 |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|---|
| | | | | <p>Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die SVNP geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die SVNP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...] |
| SVNP | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die SVNP den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapie für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|--|---|---|
| | | | | 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. | |
| SVNP | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| SVNP | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| SVNP | 11b | 4 | | Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen. | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|---------------------|---|--|---|---|
| | | | | | Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht. |
| SVNP | 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. |
| SVNP | 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 : Schweizerischer Vereinigung der psychiatrischen Assistenzärzte

Abkürzung der Firma / Organisation : SVPA

Adresse : In der Halden 5, 8909 Zwillikon

Kontaktperson : pract. med. Fabian Kraxner

Telefon : 079 665 63 91

E-Mail : fabel@gmx.ch

Datum : 16. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **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 |
|------------|--|
| SVPA | <p>I. Zusammenfassung</p> <p>Die SVPA lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen <u>nicht</u>. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|------|--|
| | <p>und 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».</p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)). |
| SVPA | <p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgewogen, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine |

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|---|
| | <p>Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. Die SVPA 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 |
|--|---|

³ Quelle in Fussnote4: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|---|
| | <p>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).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen. • Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen. |
|--|---|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern. <p>Kritikpunkt „Notfalldienste“</p> <p>Die Abrechnung der psychologischen Psychotherapie über die obligatorischen Krankenkassenprämien (OKP) stellt einen Versorgungsauftrag für die gesamte Bevölkerung in der Schweiz dar. Wir fordern deshalb, dass sich über die OKP-abrechnende, ambulant tätige Psychologen wie die ambulanten Psychiater regelmässig an Nacht- und Notfalldienste zu beteiligen haben.</p> |
| <p>SVPA Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p> | <p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|---|
| | <p>Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).</p> <p>Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zu dieser Vernehmlassungsantwort aus (siehe Vorschlag der SMHC: „Koordiniertes Anordnungsmodell“):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die umfassend klinisch-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. 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. Psychische Versorgungsdeckung 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. | Bemerkungen/Anregungen | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| SVPA 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 | <p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen</p> <p><i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab</p> <p><i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung</p> <p>Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p> | <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> | |
| | | | <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> | |
| | | | <p>Begründung</p> <p>Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in</p> | |
|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den 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.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der</p> | |
|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Ordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p> | |
| SVPAFehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden | | | <p>II</p> <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</p> | <p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|---------|--|--|---|--|
| werden. | | | <p>1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.</p> <p>2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p> <p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> <p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung</p> <p>Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und</p> | |
|---------|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar. | |
| 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 |
| SVPA | 2,3,11 | Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab. | Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab. |
| | | <p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): <i>«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».</i> Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: <i>«Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</i></p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p> | |
|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p> | |
| | | <p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p> | |
| | | <p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren</p> <p>Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen</p> | |
|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasssten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch. | |
| | | | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | |
|--|-------------|---|----------------------|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| SVPA | | <p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p> | |
| SVPA | | <p>Wer als Psychologe über die Grundversicherung abrechnen kann, soll sich an der psychischen Grund- und Notfallversorgung mitbeteiligen.</p> | |
| SVPA | | <p>Wir bieten Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern.</p> | |

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-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 | <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.

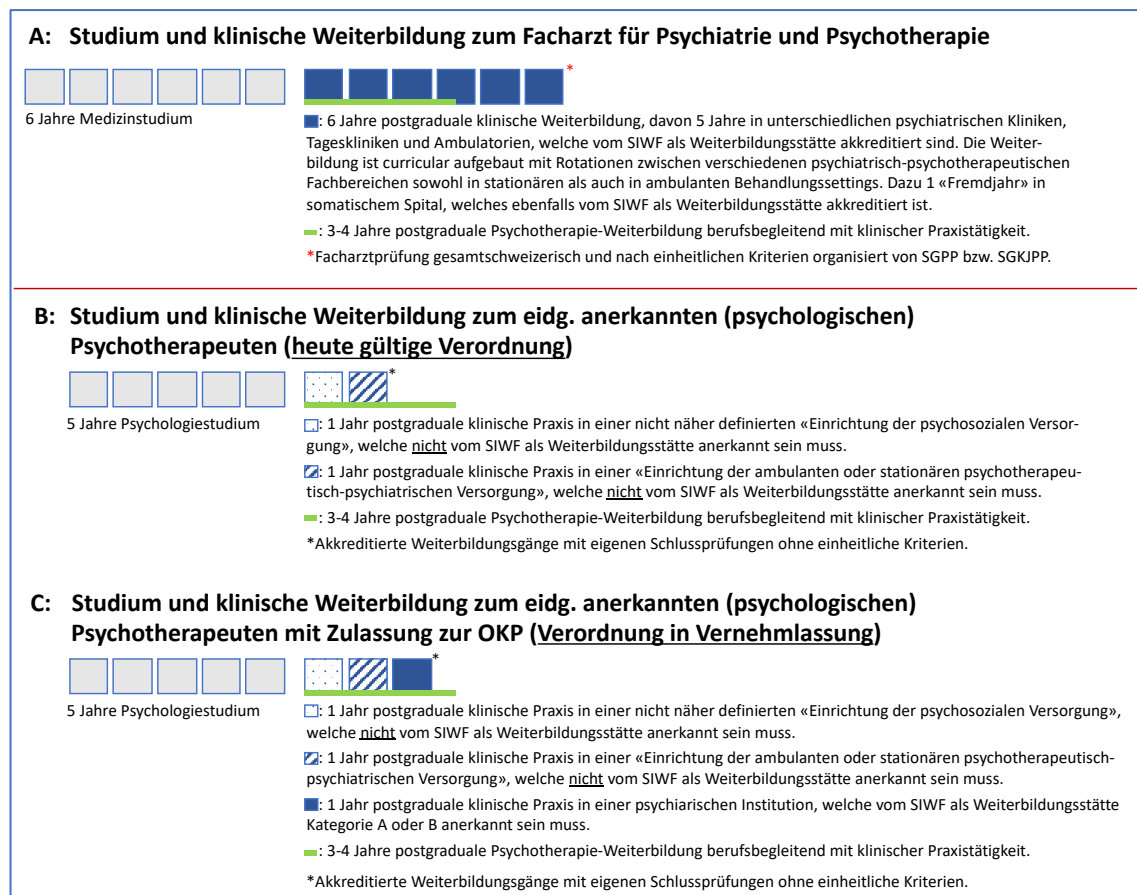


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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 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-Ärztstatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

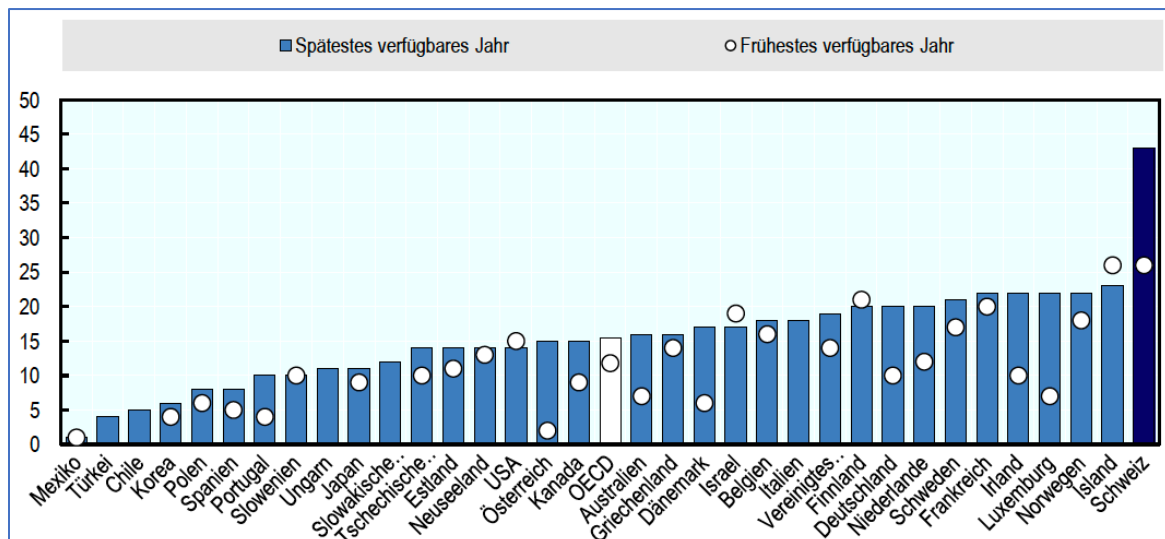


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

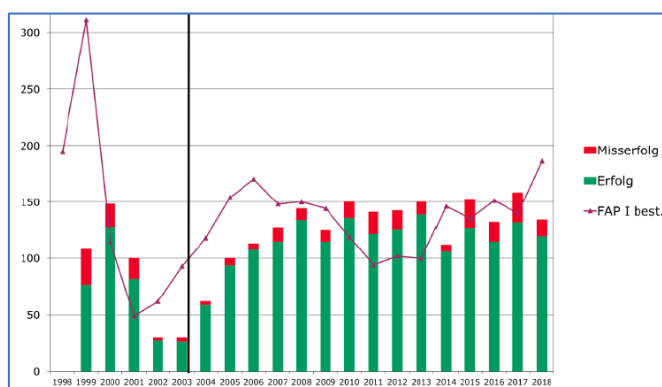


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

| Jahr | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)* | 164 | 140 | 116 | 131 | 171 | 143 | 143 | 85 | 106 | 118 | 117 |
| Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)** | 64 | 53 | 62 | 66 | 107 | 118 | 107 | 139 | 135 | 123 | 93 |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)* | 28 | 36 | 14 | 25 | 28 | 26 | 24 | 31 | 16 | 25 | 30 |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)** | 8 | 5 | 12 | 12 | 15 | 24 | 12 | 17 | 27 | 23 | 27 |

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-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.

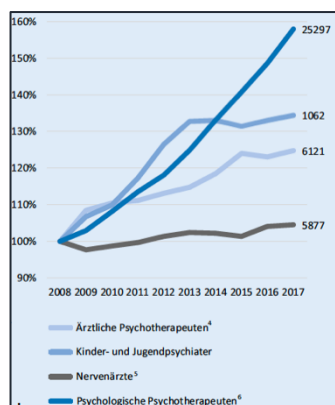


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

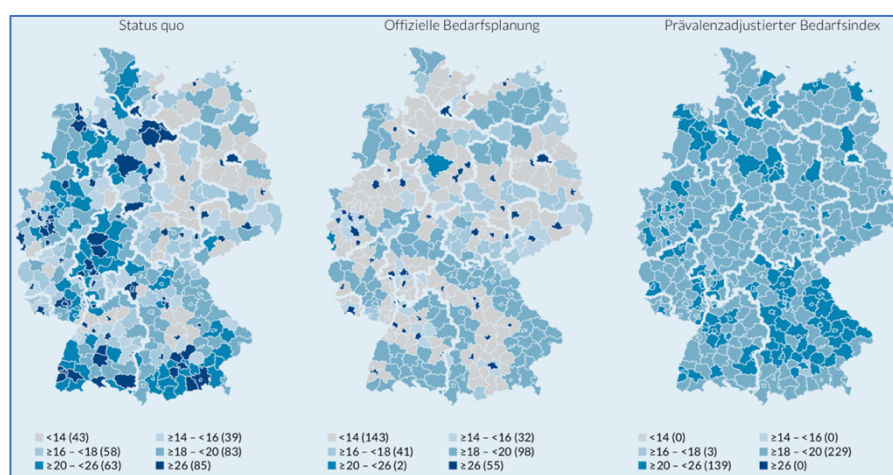


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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.

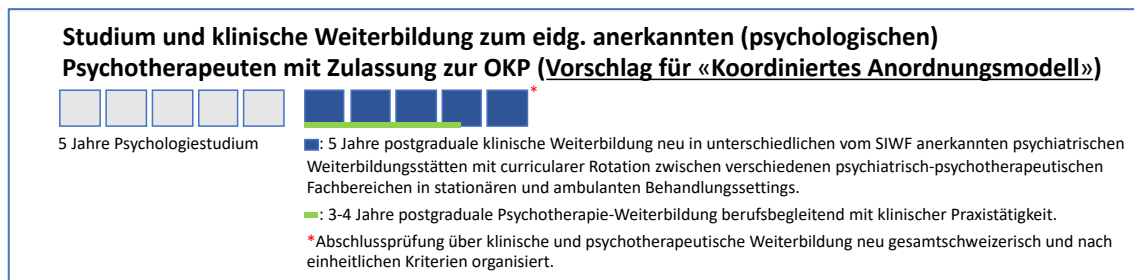


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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 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.

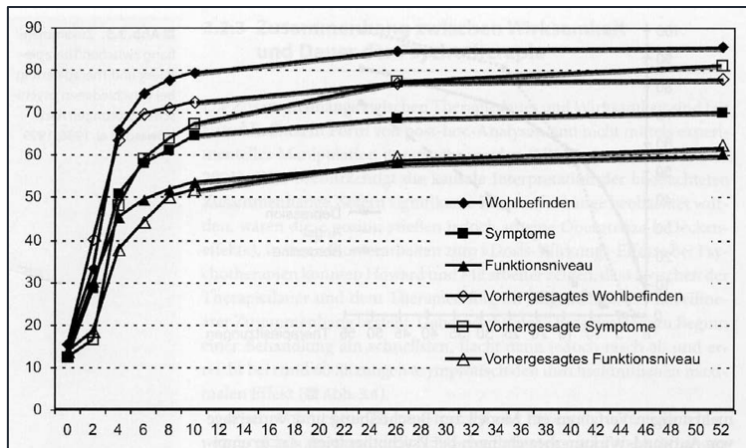


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch 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 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).

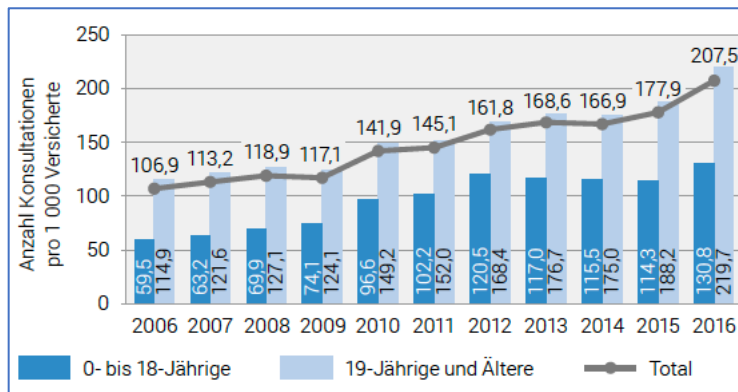


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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 : Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte

Abkürzung der Firma / Organisation : SVPC

Adresse : Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern

Kontaktperson : Prof. Dr. Erich Seifritz

Telefon : +41 (79) 411 14 92

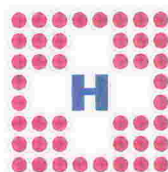
E-Mail : erich.seifritz@bli.uzh.ch / vernehmlassungen-consultations@swissmentalhealthcare.ch

Datum : 01. 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!



Schweizerische Vereinigung
der Spitaldirektorinnen und
Spitaldirektoren

Eidgenössisches Departement des Innern
Bundeshaus
3003 Bern

c/o Markus Gautschi
Zürcher RehaZentren
Faltigbergstrasse 7
8636 Wald

Telefon +41 79 620 15 42

praesident@spitaldirektoren.ch
www.spitaldirektoren.ch

| | | | | | | |
|---------------|--------------------------|----------------|-----|------|------|----------|
| AmtL | GP | KHV | Q-G | VS | R | IT+GEVER |
| DS | Bundesamt für Gesundheit | | | | | LKV |
| DK | 03. Sep. 2019 | | | | | TG |
| CC | | | | | | UV |
| Int | | | | | | |
| RM | | | | | | |
| GB | | | | | | |
| GeS | | | | | | ASChem |
| | VA | NCD | MT | BioM | Chem | Str |

Wald, 2. September 2019

Sehr geehrter Herr Bundesrat

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 geehrter Herr Bundesrat

Im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erstatten wir Ihnen nachfolgende Stellungnahme:

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 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 nach Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist für die Behandlung von Menschen mit komplexen, schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen unzureichend.
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie verfügen nicht über ausreichende Kenntnisse, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und entsprechend auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen.

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 Facharzttitle in Psychiatrie 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, 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.

Begründung

Wir begründen unseren Antrag wie folgt:

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 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.

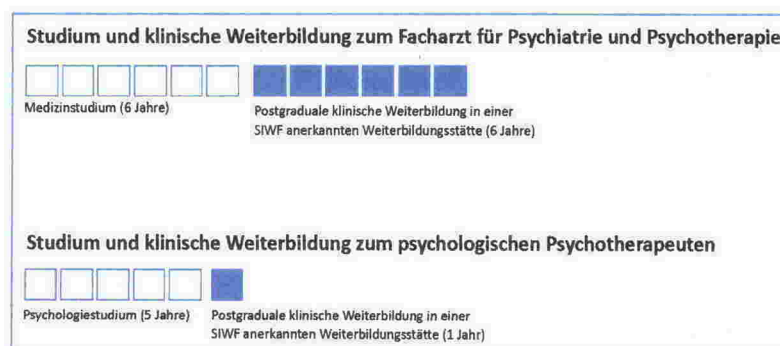


Abbildung 1: Unterschiede in der Aus- und Weiterbildung zwischen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und psychologischen Psychotherapeuten. Die Ausbildung für Psychotherapie dauert sowohl für Fachärzte als auch für Psychologen rund 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.

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 (SIWF) 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 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 Neuordnung 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 neu gestaltenden 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 Zuteilung 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.

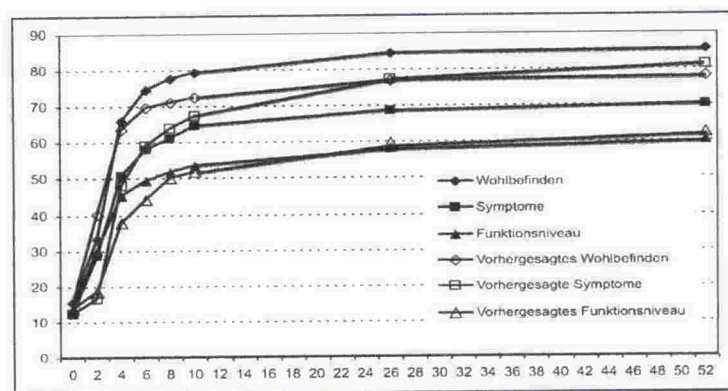


Abbildung 2: Therapiewirkung einer Psychotherapie (Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. Tübingen: dgvt-Verlag)

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 TAR MED verbleiben und zu Lasten der OKP abgerechnet werden können, weil sie immer unter ärztlicher Endverantwortung erbracht werden und auch in rechtlicher Hinsicht so behandelt werden (z.B. bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht).

Begründung

Ohne Beibehaltung des Kapitels 02.02 ist zu befürchten, dass Leistungen von in Spital- und Klinikambulatorien tätigen psychologischen Psychotherapeuten, welche die

Zulassungsvoraussetzungen zur OPK nicht erfüllen, wie auch Leistungen von Psychologen, die sich in einer Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten befinden oder nach Erlangung des Weiterbildungstitels die für die Zulassung zur OPK erforderliche klinische Erfahrung in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen entsprechenden Institution erwerben, nicht mehr zu Lasten der OPK abgerechnet werden können, womit deren Finanzierung und damit letztlich auch deren Anstellung in den Spitälern und Kliniken erschwert wenn nicht gar verunmöglicht wird. Zumindest faktisch findet in diesen Fällen die Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten weiterhin auf Delegationsbasis statt.

4.2 Regelung der Zusammenarbeit zwischen psychologischen Psychotherapeuten und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis

Antrag

Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis ist im Sinne der interdisziplinären Versorgung und zur Sicherstellung der Wahrnehmung der zentralen Behandlungsverantwortung der anordnenden Fachärzte verbindlich zu regeln.

Begründung

Psychiater beziehen bei ihren diagnostischen Überlegungen ergänzend zum psychischen auch den körperlichen Zustand mit ein. Ihre Kompetenz in den bio-psycho-sozialen Dimensionen psychischer Krankheiten befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch-psychotherapeutisch zu behandeln. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne, die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie (siehe Faktenblatt Psychologieberufe des BAG vom 26. Juni 2019).

4.3 Inkrafttreten der Verordnungsänderungen

Antrag

Die Verordnungsänderungen sind frühestens auf den 1. Januar 2022 in Kraft zu setzen.

Begründung

Im erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage finden sich keine Ausführungen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen. Da das Gesundheitsberufegesetz vom 30. September 2016 gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage voraussichtlich am 1. Januar 2020 in Kraft treten wird, ist nicht auszuschliessen, dass die Absicht besteht, die Verordnungsänderungen ebenfalls auf diesen Zeitpunkt in Kraft treten zu lassen.

Die Verordnungsänderungen bedingen sowohl in den Spitälern, Kliniken und analogen Einrichtungen als auch bei den delegierenden Ärzten umfassende administrative und organisatorische Anpassungen, die einige Zeit in Anspruch nehmen. Ebenso sind vor Inkrafttreten die Tarifstruktur für die psychologische Psychotherapie zu erarbeiten und gestützt darauf Tarifvereinbarungen abzuschliessen.

4.4 Frühzeitige Durchführung einer Wirkungsanalyse

Antrag

Die erste Bestandesaufnahme ist ein Jahr nach Inkrafttreten der Verordnungsänderungen durchzuführen.

Begründung

Es ist sicherzustellen, dass die Auswirkungen der Änderung der Verordnungen hinsichtlich Zielerreichung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert werden. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 des Kommentars zu den Verordnungsänderungen) ist deutlich zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit allfällige negative Auswirkungen der Neuregelung wie Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden können.

Allfällige durch die Neuregelung verursachte Kostensteigerungen aufgrund von Mengenausweitungen bedingte Sparmassnahmen dürfen nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen und schweren psychischen Erkrankungen, die einen hohen Behandlungsaufwand erfordern, führen.

5. Weitere Anliegen

Verbesserung der Abgeltung der Behandlungskosten von psychisch schwer kranken Menschen

Anliegen

Durch eine entsprechende Ausgestaltung des TARMED-Tarifsystems muss sichergestellt werden, dass die niederschwellige fachärztliche Krisenintervention, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an

Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, kostendeckend abgegolten werden. Analog zu den etablierten TARPSY- und DRG-Systemen muss auch der Schweregrad der Krankheit berücksichtigt werden, sofern er die für die Behandlung notwendige Leistung beeinflusst. Dafür bietet sich etwa das PCCL-System (Patient Clinical Complexity Level) an, welches die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbildet. Diese Leistungen sind zum Teil heute unter dem Titel „Integrierte Psychiatrisch Psychotherapeutische Behandlung“ (IPPB) beschrieben und sollten tariflich bezüglich Kostendeckung überprüft werden.

Begründung

Der reine Zeittarif im TARMED entschädigt die Mehraufwände für psychisch schwerkranke Patienten ungenügend (insbesondere ungedeckte sogenannte "Leistungen in Abwesenheit des Patienten" [LAP]). Diese sind in der Regel aufgrund ihrer Erkrankung weniger zuverlässig, erscheinen oft nicht zu vereinbarten Terminen, weisen eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Leistungen in Abwesenheit des Patienten, welche nur begrenzt und insbesondere bei der Behandlung Schwerkranker in ungenügendem Mass verrechnet werden dürfen. Aufwände für die über eine reine Psychotherapie im engeren Sinne deutlich hinausgehenden sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, beispielsweise körperliche Diagnostik, die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung von aufsuchenden Equipen, Notfalleinsätze sowie Hausbesuche werden, da keine entsprechenden Tarifpositionen bestehen, werden lediglich im Rahmen der psychotherapeutischen Leistungen abgegolten.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anträge.

Freundliche Grüsse

**Schweizerische Vereinigung der
Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren**

Markus Gautschi, Präsident

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Swiss Nurse Leaders

Abkürzung der Firma / Organisation : Swiss Nurse Leaders

Adresse : Haus der Akademien, Laupenstr. 7, PF / 3001 Bern

Kontaktperson : Ruth Schweingruber

Telefon : 031 306 93 75

E-Mail : ruth.schweingruber@swissnurseleaders.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 **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) |
| Swiss Nurse Leaders | 49 | | | Wir sind mit den Bestimmungen einverstanden und haben keine Änderungsvorschläge. | |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | | | | | |
| 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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Fachgruppe der FSP-Psychologinnen und -Psychologen Systemis

Abkürzung der Firma / Organisation : Systemis, Fachgruppe der FSP-Psycholog/innen

Adresse : Geschäftsstelle Systemis, Mühlenplatz 10, 6004 Luzern

Kontaktperson : Stephanie Rösner

Telefon : 041 410 66 57

E-Mail : sekretariat@systemis.ch und stephanie.roesner@fsp-hin.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 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 |
| FGP Systemis | <p>Die FGP Systemis 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 FGP Systemis bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme in Verbindung mit der durch die drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände FSP, ASP und SBAP gemeinsam erarbeiteten Stellungnahme zu sehen ist, welche wir als Gliedverband der FSP unbedingt unterstützen. Die drei grossen Dachorganisationen reichen bei dieser Vernehmlassung eine gemeinsame Position ein, die sich nur in wenigen Details unterscheidet.</p> |
| FGP Systemis | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche FGP Systemis klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FGP Systemis 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 FGP Systemis 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. |
| FGP Systemis | <p>Inhalte der Vorlage, welche die FGP Systemis ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die FGP Systemis 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**

| | |
|--------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die FGP Systemis lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die FGP Systemis 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 FGP Systemis lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die FGP Systems verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die FGP Systemis 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 FGP Systemis 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. |
| FGP Systemis | <p>Ergänzungen, welche die FGP Systemis vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die FGP Systemis verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der FGP Systemis braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die FGP Systemis 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 |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--------------|--|
| | <p>FGP Systemis eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapie basiert auf Sprache. Die FGP Systemis fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
| FGP Systemis | 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) |
| FGP Systemis | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| FGP Systemis | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 anpasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen). | |
| FGP Systemis | 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. | |
| FGP Systemis | 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 FGP Systemis unbestritten. Die FGP Sytemis 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 FGP Systemis 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 FGP Systemis begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die FGP Systemis ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch | Änderungs- und Ergänzungsvorschlag: c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die FGP Systemis fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die FGP Systemis ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| FGP Systemis | 50c | 1 | d (neu) | Sprachkompetenz Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die FGP Systemis 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) |
| FGP Systemis | 50c | 2 | | Anforderungen an die Weiterbildungsstätten Die FGP Systemis ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die FGP Systemis 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 FGP Systemis folgendes vor: <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. | 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**

| | | | | | |
|--------------|-----------|--|--|---|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| FGP Systemis | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| FGP Systemis | (neu) 52e | | | <p>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.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--------------|----------------|-------|--|--|--|
| | | | | | an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden. |
| FGP Systemis | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die FGP Systemis 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. | |
| FGP Systemis | Übergangsbest. | 3 | | Die FGP Systemis 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) |
| FGP Systemis | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| FGP Systemis | 2 | 1 | b | <p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Die FGP Systemis teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit dem Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wird das Ziel verfehlt. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für 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 | <p>Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen</p> <p>b. Sie umfasst eine Einstiegs- Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--------------|---|--|--|---|---|
| | | | | <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Die FGP Systemis schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
| FGP Systemis | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die FGP Systemis 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</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die FGP Systemis ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----------------|-----|--|---|---|--|
| FGP Systemis | 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 [...] |
| FGP Systemis | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| FGP Systemis | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die FGP Systemis begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzte. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedene Kategorien von Ärzten dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die FGP Systemis geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| FGP Systemis | 11b | 1 | b | Kriseninterventionen | Änderungsvorschlag |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----------------|-----|---|--|--|---|
| | | | | <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die FGP Systemis den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p> | <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |
| FGP Systemis | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3. | |
|-----------------|---------------------|---|--|--|---|
| FGP Systemis | 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. |
| FGP Systemis | 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. |
| FGP Systemis | 11b | 5 | | Die Berichte nach 40 Stunden müssen von der fallverantwortlichen Psychotherapeutin oder dem 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. |
| FGP Systemis | 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. | |

Thurgauer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (TGPP)
Eckhard Freund
Präsident der TGPP
Bahnstrasse 1
8274 Tägerwilen

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI
Generalsekretariat GS-EDI
Inselgasse 1

3003 Bern

Kreuzlingen, den 27. August 2019

Stellungnahme der Thurgauer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
an Bundesrat Alain Berset bezüglich der Neuregelung der Psychologischen
Psychotherapie und der Verordnung von Psychotherapien an Psychologen und Ärzte
aller Fachrichtungen:

Mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Wechsel vom Delegationsmodell auf das sogenannte Anordnungsmodell sollen in Zukunft zugelassene psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen auf ärztliche Anordnung hin alle psychotherapeutischen Leistungen neu selbständig und auf eigene Rechnung erbringen können, Diagnosen stellen und Therapieverfahren auswählen können. Parallel sollen die Voraussetzungen zur Kostenübernahme der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie in der KLV angepasst werden.

Die TGPP ist schockiert über die von den Psychologinnen und Psychologen geführte Pressekampagne gegen uns Psychiaterinnen und Psychiater. Das sich über Jahre etablierte Modell der Delegation der psychologischen Psychotherapie wird seitens der Psychologen durch eine berufspolitisch orientierte Schlammschlacht degradiert und angebotene Reaktionen unserer Fachgesellschaft, der SGPP, wurden von Medienvertretern nicht aufgenommen oder unzulässig verkürzt bzw. verfälscht wiedergegeben. Der nun von Seiten des Bundesrates vorgelegte Eingriff in die ärztliche Psychotherapie wurde nicht mit unserer Fachgesellschaft diskutiert, was uns sehr befremdet.

Psychische Störungen gehören für die Thurgauer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie zu den medizinischen Erkrankungen und bedürfen deshalb einer ärztlichen Diagnose und Therapieindikation nach dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell. Dieses umfasst von Beginn an eine medizinische, somato-psychische und bei Feststehen einer psychischen Erkrankung psychiatrische Differentialdiagnose. Es gilt, körperliche oder pharmakologisch bedingte Ursachen der Erkrankung auszuschliessen und bereits im Frühstadium medikamentös und/oder psychotherapeutisch wirksam zu intervenieren. Psychiater sind Ärzte, die aufgrund von Studium und Facharztweiterbildung inklusive Psychotherapieausbildung qualifiziert sind, diese Aufgaben kompetent abzudecken.

Im Delegationsverfahren arbeiten Arzt, behandelnder Psychologe und Patient suffizient und mit Erfüllung von Qualitätssicherung und Monitoring bestmöglich zusammen. So ist es jederzeit möglich, Komorbiditäten zu behandeln, Medikamente einzusetzen/anzupassen oder Zusatztherapien/Abklärungen zu veranlassen. All dies ist im gewünschten Anordnungsmodell nicht gewährleistet. Der geforderte Systemwechsel wird zu einem auseinanderdriften von Psychologen und Psychiatern führen, was zu einer Fragmentierung der psychiatrischen Versorgung mit entsprechenden Qualitätseinbußen auf dem Rücken unserer Patienten führen wird. Die TGPP sieht eine absolute Notwendigkeit einer engen Kooperation von ärztlich psychiatrischen und psychologischen Arbeitsbereichen bei der Behandlung psychisch Erkrankter. Die Anordnung von Psychotherapie durch fachlich nicht dafür ausgebildete Ärzte ohne eine psychiatrische Differentialdiagnose ist aus genannten Gründen nicht vertretbar. Die von der Petition geforderte Separierung der Berufsgruppen ist daher der falsche Weg. Richtig und zukunftsweisend für eine qualitativ hochwertige Behandlung unserer Patienten und eine gute interprofessionelle Versorgungsplanung ist die Optimierung der bestehenden Kooperation.

Der Wechsel auf das Anordnungsmodell wird die gegenteilige Entwicklung auslösen, die Wartezeit für eine Psychotherapie wird sich verlängern obwohl sich die Anzahl der psychologischen Therapeutinnen vervielfacht. So wird sich eine angebotsgesteuerte, weitgehend vom Bedarf abgekoppelte Mengenausweitung entwickeln. Da sich die Ausbildung von PsychologInnen auf diejenigen psychischen Erkrankungen konzentriert, die psychotherapeutisch gut behandelbar sind, werden die „schwereren Fälle“ an den Psychiater vermittelt, im schlimmen Fall werden für diese Patienten weniger Behandlungsangebote zur Verfügung stehen. Folglich konzentrieren sich die angebotenen psychotherapeutischen Behandlungen ohne die fachärztliche Steuerung auf eher leichte Störungsbilder, im negativen Fall sind dies nicht krankheitsrelevante Befindlichkeitsstörungen. Schwerer erkrankte PatientInnen werden damit wieder mehrheitlich stationär in Behandlung kommen, was zu einem weiteren Anstieg der Gesundheitskosten führen wird. Ausserdem ist zu sagen, dass sich die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungssituation in der Schweiz durch eine unkontrollierte Niederlassung von Fachkollegen und einen Ausbau der ambulanten Leistungsangebote der Kliniken in den letzten Jahren deutlich verbessert hat. In grösseren Städten ist deshalb schon heute der Bedarf gedeckt, PatientInnen finden in angemessenem Zeitraum einen Therapieplatz und es muss von einer Überversorgung gesprochen werden.

Auch das Argument einer verbesserten Versorgungssituation im Notfall ist nicht haltbar. Psychologische Psychotherapeuten haben weder somatische noch pharmakotherapeutische Ausbildungsvoraussetzungen, um in der Notfallversorgung angemessen helfen zu können. Dies obliegt dem medizinisch ausgebildeten Facharzt. Ansonsten wäre hier eine Pflicht zur Teilnahme am ambulanten „Psychologischen Notfalldienst“ zu erwarten. Insgesamt stellt das neue Modell keine Verbesserung der Versorgungssituation dar. Vielmehr ging es darum, das Delegationsmodell zu verbessern, wirtschaftliche Ausuferungen und Fehlanreize zu verhindern und die Indikationsstellung für eine Psychotherapie in Zukunft beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu verorten.

Um Menschen mit psychischen Erkrankungen aller Schweregrade in ihrer bio-psycho-sozialen Gesamtheit umfassend und wirksam behandeln zu können, erscheint es daher falsch, die Steuerung der psychologischen Psychotherapie aus dem Gesamtsystem, das heisst dem berufsgruppenübergreifenden Versorgungssystem auszugliedern.

Für die Thurgauer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

Eckhard Freund
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Präsident der TGPP

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Verband Aargauer Psychologinnen und Psychologen

Abkürzung der Firma / Organisation : VAP

Adresse : z.H. Sekretariat, 5000 Aarau

Kontaktperson : Katja Hänni-Senn (Sekretariat)

Telefon : 076 283 89 84

E-Mail : info@vap-psychologie.ch

Datum : 20.09.2019

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 |
| VAP | Der VAP 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. Der VAP 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. |
| VAP | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche der VAP klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der VAP ist vollumfänglich einverstanden mit den Zielen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie. Durch die Anordnung seitens der Grundversorger werden bestehende Hürden in der Versorgung von psychisch Kranken abgebaut. Weiter stützen wir klar die durch den Modellwechsel erwartete Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung durch die Verbindlichkeit des PsyG. • Der VAP ist einverstanden 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. |
| VAP | <p>Inhalte der Vorlage, welche der VAP ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der VAP 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. • Der VAP lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Der VAP 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 Löhne müssen existenzsichernd und vergleichbar mit Assistenzärzten 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**

| | |
|-----|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Der VAP lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Der VAP verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Der VAP 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. • Der VAP 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. |
| VAP | <p>Ergänzungen, welche Der VAP vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Der VAP verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der VAP braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Der VAP unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich Der VAP eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Der VAP 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**

| | |
|-----|---|
| VAP | 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) |
| VAP | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| VAP | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| VAP | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|---|---|
| | | | | Webildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige. | |
| VAP | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der VAP unbestritten. Der VAP 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. Der VAP 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. Der VAP begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für Der VAP ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|------------|---|--|
| | | | | <p>problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Der VAP fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt Der VAP ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| VAP | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den</p> | 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. Der VAP fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| VAP | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Der VAP ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet Der VAP 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 Der VAP folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|----------------|-------|--|--|--|
| VAP | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| VAP | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen</p> <p>Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| VAP | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Der VAP 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. | |
| VAP | Übergangsbest. | 3 | | Der VAP 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) |
| VAP | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| VAP | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Der VAP 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der 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. <p>Der VAP schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| VAP | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Der VAP ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten,</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|--|---|--|--|
| | | | | <p>Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Der VAP ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| VAP | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| VAP | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| VAP | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Der VAP 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Der VAP geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an Der VAP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | <p>pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| VAP | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst Der VAP den Vorschlag, dass bei</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| VAP | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| VAP | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| VAP | 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. |
| VAP | 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. |
| VAP | 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 : Vereinigung der AssistenzärztInnen in Psychiatrie und Psychotherapie von Zürich, Zentral-Nordostschweiz und Aargau

Abkürzung der Firma / Organisation : VAPZ

Adresse : Obere Schöntalstrasse 40, 8406 Winterthur

Kontaktperson : Michael Wallies

Telefon : 079 400 07 04

E-Mail : michaelwallies@hotmail.com

Datum : 12. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **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 |
| VAPZ | <p>I. Zusammenfassung</p> <p>Die VAPZ lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen <u>nicht</u>. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|------|--|
| | <p>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».</p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)). |
| VAPZ | <p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgewogen, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine |

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|--|
| | <p>Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. Die VAPZ 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 |
|--|--|

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».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|--|
| | <p>(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).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen. |
|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde 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. <p>Kritikpunkt „Notfalldienste“</p> <p>Die Abrechnung der psychologischen Psychotherapie über die obligatorischen Krankenkassenprämien (OKP) stellt einen Versorgungsauftrag für die gesamte Bevölkerung in der Schweiz dar. Wir fordern deshalb, dass sich über die OKP-abrechnende, ambulant tätige Psychologen wie die ambulanten Psychiater regelmässig an Nacht- und Notfalldienste zu beteiligen haben.</p> |
| <p>VAPZError! Reference source not found.</p> | <p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|---|
| | <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zu dieser Vernehmlassungsantwort aus (siehe Vorschlag der SMHC: „Koordiniertes Anordnungsmodell“):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die umfassend klinisch-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. 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. Psychische Versorgungsdeckung 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. | Bemerkungen/Anregungen | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| VAPZ | 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 | <p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p> | <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> | |
| | | | <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> | |
| | | | <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den 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.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|--|--|----|---|--|
| | | | | <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p> | |
| VAPZ | | | 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**

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i> 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen. 2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p> | |
| | | | <p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> | |
| | | | <p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | | | | selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar. | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | |
|--|--------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| VAPZ | 2,3,11 | Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab. | Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab. |
| | | <p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): <i>«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».</i> Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: <i>«Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</i></p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p> | |
|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW- Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p> | |
| | | <p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p> | |
| | | <p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren</p> <p>Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den MedizinerInnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und</p> | |
|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | <p>Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlassten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p> | |
| 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 Entwurf der Änderung der Krankenpflege- Leistungsverordnung (KLV) sowie der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | |
|---|-------------|---|----------------------|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| VAPZ | | <p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p> | |
| VAPZ | | <p>Wer als Psychologe über die Grundversicherung abrechnen kann, soll sich an der psychischen Grund- und Notfallversorgung mitbeteiligen.</p> | |
| Error! Reference source not found.VAPZ | | <p>Wir bieten Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Verband Berner Psychologen und Psychologinnen

Abkürzung der Firma / Organisation : VBP

Adresse : Postfach, 3000 Bern

Kontaktperson : Samuel Helbling, Esther Maria Brütsch

Telefon : S. Helbling: 079 648 45 07 E.M. Brütsch: 079 869 41 60

E-Mail : samuel.helbling@psychologie.ch esthermaria.bruetsch@psychologie.ch

Datum : 9.10.2019

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 |
|------------|--|
| VBP | Der VBP bedankt sich für die Einladung zur Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Dieser lang erwartete Schritt würdigt endlich die postgraduale Ausbildung von psychologischen PsychotherapeutInnen und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben. Eine Sachlage, die bereits durch das Inkrafttreten des PsyG im Jahr 2013 gesetzlich verankert wurde. |
| VBP | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche der VBP klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der VBP ist vollumfänglich einverstanden mit den Zielen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie, speziell auch in Krisen- und Notfallsituationen, vor allem auch für Kinder und Jugendliche. 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 der VBP 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. |
| VBP | <p>Inhalte der Vorlage, welche der VBP ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der VBP lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Er 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. • Der VBP lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische PsychotherapeutInnen gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Der VBP ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung von eidgenössisch anerkannten PsychotherapeutInnen zu absolvieren. • Der VBP lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Der VBP verlangt daher entweder die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Oder die Möglichkeit der Verrechnung der zusätzlichen Sitzungszeit unter Angabe der Gründe (z.B. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|-----|---|
| | <p>mittels Katagorien wie Erstgespräch, Krisenintervention/Suizidalität, Systemgespräch, manualbasierte Gruppentherapie, Traumatherapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der VBP ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) einverstanden, jedoch nicht durch den anordnenden Arzt/Ärztin. Der dazugehörige Bericht muss von den behandelnden PsychotherapeutInnen verfasst, unterzeichnet, verrechnet und auch direkt beim Leistungserbringer / Krankenkasse eingereicht werden. Die anordnenden ÄrztInnen erhalten zur Information eine Kopie. Nur die behandelnden PsychotherapeutInnen können den Bericht mit den nötigen Details, Fortschritten, noch offenen Themen und begründeten Vorschlägen zur Weiterbehandlung verfassen. Der Antrag für die Fortsetzung der Therapie wird durch die sachverständigen VertrauensärztInnen der leistungserbringenden Krankenkassen beurteilt und so schliesslich der Entscheid gefällt. • Der VBP lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik, wie sie im Vorschlag definiert ist, ab. Der VBP verlangt die Prüfung von sinnvollen und machbaren Alternativen. |
| VBP | <p>Ergänzungen, welche der VBP vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <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 zu PsychotherapeutInnen nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Der VBP verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von PsychotherapeutInnen 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 PsychotherapeutInnen in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht des VBP braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Der VBP unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigte Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Der VBP könnte sich eventuell eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen – gleichzeitig gilt es zu beachten, dass durch die steigende Konkurrenz auf dem freien Markt die Qualität der Psychotherapie verbessert wird. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Der VBP fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|--|
| | <p>Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zur Tarifstruktur: entweder wird der Tarif höher angesetzt, damit die Vor- und Nachbereitung inklusive ist, oder die Zeit für Vor- und Nachbereitung der Sitzung kann extra verrechnet werden. • Der VBP erachtet das Anordnungsmodell als dringend nötigen Schritt. Aufgrund der anerkannten qualitativ hohen psychotherapeutischen Ausbildung spricht alles dafür, dass das Anordnungsmodell ein Zwischenschritt zum späteren Modell ist, in welchem die psychologischen PsychotherapeutInnen selbständig und ohne Anordnung durch die ÄrztInnen mit dem Leistungserbringer abrechnen können. Eine Zusammenarbeit mit ÄrztInnen ist natürlich weiterhin erwünscht und zum Teil auch notwendig. |
|--|--|

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| VBP | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| VBP | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|-------|---|---|
| | | | | dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen). | |
| VBP | 50c | 1 | a & b | Eidg. Titel und kantonale Bewilligung Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen PsychotherapeutInnen auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige. | |
| VBP | 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 VBP unbestritten. Der VBP 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. Der VBP steht aber der geforderten zusätzlichen Erfahrung von 12 Monaten klinischer Praxis kritisch gegenüber, sofern diese nur nach Abschluss der Weiterbildung zum eidg. anerkannten PsychotherapeutInnen erfolgen kann. Der VBP begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für den | 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 PsychotherapeutInnen. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>VBP ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Der VBP fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt der VBP ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten/in erfolgen können. | |
| VBP | 50c | 1 | d (neu) | Sprachkompetenz Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Der VBP 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) |
| VBP | 50c | 2 | | Anforderungen an die Weiterbildungsstätten Der VBP ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet der VBP 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 der VBP folgendes vor: <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung | 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**

| | | | | | |
|-----|-----------|--|--|--|---|
| | | | | <p>verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische PsychotherapeutInnen zugelassen werden.</p> <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| VBP | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| VBP | (neu) 52e | | | <p>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.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|----------------|-------|--|--|---|
| | | | | | gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden. |
| VBP | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Der VBP begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene PsychotherapeutInnen. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird. | |
| VBP | Übergangsbest. | 3 | | Der VBP stellt fest, dass bei der Übergangsbestimmung die NeuropsychologInnen keine Erwähnung finden. Es gibt einige Kantone, die bisher keine Bewilligungspflicht für die NeuropsychologInnen kennen. Daher kann eine Übergangsbestimmung, welche die NeuropsychologInnen 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) |
|------------|------|------|------|--------------------|--|
|------------|------|------|------|--------------------|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|---|---|---|---|--|
| VBP | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| VBP | 2 | 1 | b | <p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Der VBP teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit dem Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wird das Ziel verfehlt. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für 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. | <p>Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen</p> <p>b. Sie umfasst eine Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|---|--|--|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. | |
| VBP | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Der VBP ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten,</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|--|---|--|--|
| | | | | <p>Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Der VBP ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| VBP | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| VBP | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| VBP | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Der VBP 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|---|--|
| | | | | <p>Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Der VBP geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an den VBP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | <p>adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| VBP | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst der VBP den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|--|--|---|
| | | | | 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. | |
| VBP | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen PsychotherapeutInnen ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| VBP | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| VBP | 11b | 4 | | Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen. | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|---------------------|---|--|--|--|
| | | | | | Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht. |
| VBP | 11b | 5 | | Die Berichte nach 40 Stunden müssen von den fallverantwortlichen PsychotherapeutInnen erstellt werden (und nicht vom anordnenden Arzt) und direkt beim Leistungserbringer eingereicht werden. Alles andere ist nicht sachgerecht. | Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden, erfolgen der Antrag und der Bericht direkt durch die behandelnden PsychotherapeutInnen. |
| VBP | 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 : Schweizerische Vereinigung für Verkehrspsychologie

Abkürzung der Firma / Organisation : VfV / SPC

Adresse VfV Sekretariat c/o Universität Bern, IRM, VMPP, Sulgenauweg 40, 3007 Bern

Kontaktperson : Roger Schaller

Telefon : 079 470 48 32

E-Mail : roger.schaller@vfv-spc.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 |
| VfV | <p>Die VfV 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.</p> <p>Die VfV ist ein Gliedverband der Föderation Schweizer PsychologInnen FSP. Diese Stellungnahme wurde in Zusammenarbeit mit der FSP verfasst und unterscheidet sich nur in einigen wenigen Details von der Stellungnahme der FSP.</p> |
| VfV | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die VfV klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die VfV 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 VfV 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. |
| VfV | <p>Inhalte der Vorlage, welche die VfV ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die VfV 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 VfV lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die VfV ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|-----|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Die VfV lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die VfV verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die VfV 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 VfV 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. |
| VfV | <p>Ergänzungen, welche die VfV vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die VfV verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der VfV braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die VfV 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 VfV eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die VfV 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**

| | |
|-----|---|
| VfV | 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) |
| VfV | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| VfV | 50b | | | Keine Bemerkungen | |
| VfV | 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. | |
| VfV | 50c | 1 | c | Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss | Änderungs- und Ergänzungsvorschlag: |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der VfV unbestritten. Die VfV 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 VfV 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 VfV begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die VfV ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie</p> | <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |
|--|--|--|--|--|---|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|------------|--|---|
| | | | | <p>und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die VfV fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die VfV ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| VfV | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die VfV fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| VfV | 50c | 2 | | Anforderungen an die Weiterbildungsstätten | Ergänzung |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----------|--|--|---|--|
| | | | | <p>Die VfV ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die VfV 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 VfV folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| VfV | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| VfV | (neu) 52e | | | 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**

| | | | | | |
|-----|----------------|-------|--|--|--|
| VfV | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die VfV 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. | |
| VfV | Übergangsbest. | 3 | | 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) |
| VfV | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| VfV | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die VfV 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: <ul style="list-style-type: none"> 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Die VfV 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</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| VfV | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die VfV ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|--|---|---|--|
| | | | | <p>besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die VfV ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| VfV | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| VfV | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| VfV | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die VfV 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die VfV geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die VfV ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...] |
| VfV | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die VfV den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen. | |
| VfV | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| VfV | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| VfV | 11b | 4 | | Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen. | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|---------------------|---|--|---|---|
| | | | | | anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht. |
| VfV | 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. |
| VfV | 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 : Verband der Innerschweizer Psychologinnen und Psychologen

Abkürzung der Firma / Organisation : vipp

Adresse : Usserhus 2, 6023 Rothenburg

Kontaktperson : Katja Erni

Telefon :

E-Mail : katja.erni@psychologie.ch

Datum : 24.09.2019

**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 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 |
| vipp | <p>Der vipp 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. Der vipp bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme das Resultat der Zusammenarbeit der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände FSP, 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.</p> |
| vipp | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche der vipp klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der vipp 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. • Der vipp ist nicht einverstanden mit den Anordnungsvoraussetzungen. Ein Anordnungsmodell in einer solchen Form ist nicht geeignet, den niederschwelligeren Zugang zu Psychotherapie zu gewährleisten. Vielmehr ist aufgrund des Hausärztemangels mit erneuten Engpässen zu rechnen. Zudem ist gemäss dem PsyG ein eidg. anerk. Psychotherapeut / Psychotherapeutin dazu befähigt, adäquat einschätzen zu können, ob Psychotherapie indiziert ist. Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten sollten demnach „Überweisungen“ machen können analog anderen Spezialgebieten: Das Versicherungsmodell der versicherten Person sollte ausschlaggebend sein über die Art der Zuweisung. |
| vipp | Inhalte der Vorlage, welche der vipp ablehnt und deren Anpassung sie fordert: |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Der vipp lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Er 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. • Der vipp lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Der vipp 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. • Der vipp lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Der vipp verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Der vipp ist nicht einverstanden damit, dass der Psychotherapeut / die Psychotherapeutin einen Antrag an den anordnenden Arzt verfassen muss zur Fortführung einer Therapie. Gemäss PsyG müssen Psychotherapeuten / Psychotherapeutinnen fachgerecht über Indikation resp. Weiterführung der Therapie entscheiden können. Dies wird in der umfangreichen und vom Bund geprüften Weiterbildung gelernt. Zudem wäre mit beachtlichen Schwierigkeiten zu rechnen in Fällen, in denen sich anordnender Arzt und Psychotherapeut nicht über die Fortführung der Therapie einig sind. Wer übernimmt rechtliche Konsequenzen (z.B. bei Arbeitsplatzverlust, Suizid), wenn Psychotherapie weiter indiziert wäre, der anordnende Arzt dies jedoch nicht weiter anordnen möchte? Darüber hinaus könnte der Patient sich einen neuen Arzt suchen, um sich erneut zu überweisen, was wiederum mit Zusatzkosten für die Krankenkasse verbunden wäre. Es ist daher mit diesem Modell viel eher mit zusätzlichen Komplikationen und einer Kostensteigerung denn mit einer Kostensenkung zu rechnen. Berichte sollten vom behandelnden Psychotherapeuten direkt an die Kostenträger gerichtet werden, und auch vom behandelnden Psychotherapeuten / Psychotherapeutin verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. • Der vipp 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. |
| vipp | <p>Ergänzungen, welche der vipp vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Der vipp 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 |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|------|--|
| | <p>werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht des vipp braucht es zwingend weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Der vipp unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich der vipp eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Der vipp fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
| vipp | <p>Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Stellungnahme auf die gemeinsame Nennung der männlichen und weiblichen Form verzichtet. Wenn nicht anders angegeben, sind immer beide Geschlechter gemeint.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| vipp | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| vipp | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen anpasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| vipp | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.</p> | |
| vipp | 50c | 1 | c | Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss | Änderungs- und Ergänzungsvorschlag: |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht des vipp unbestritten. Der vipp 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. Der vipp 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. Der vipp begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für den vipp ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie</p> | <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |
|--|--|--|---|---|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|------------|--|---|
| | | | | <p>und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Der vipp fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt der vipp ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| vipp | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Der vipp fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| vipp | 50c | 2 | | Anforderungen an die Weiterbildungsstätten | Ergänzung |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----------|--|--|--|--|
| | | | | <p>Der vipp ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet der vipp 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 der vipp folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| vipp | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| vipp | (neu) 52e | | | Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein | Organisation der Neuropsychologen |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|----------------|-------|--|--|--|
| | | | | <p>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.</p> | <p>Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| vipp | Übergangsbest. | 1 & 2 | | <p>Der vipp begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeuten. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|----------------|---|--|--|---|
| vipp | Übergangsbest. | 3 | | Der vipp 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 [...] |
|------|----------------|---|--|--|---|

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
|------------|------|------|------|---|---|
| vipp | 2 | 1 | A | Keine Bemerkungen | |
| vipp | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Der vipp 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: <ul style="list-style-type: none"> Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit | 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Der vipp 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</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 routinemässige Anwendung abgeleitet werden. | |
| vipp | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Der vipp ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|--|---|--|--|
| | | | | <p>besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Der vipp ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| vipp | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| vipp | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| vipp | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Der vipp lehnt den Vorschlag über anordnungsbefugte Ärzte vollumfänglich ab. Gemäss PsyG (Art. 5) sind Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen fähig, die Therapiebedürftigkeit adäquat abzuklären und Therapien wirtschaftlich durchzuführen. Der VIPP schlägt vor, dass die gleichen</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>Bestimmungen wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung gelten. Das bedeutet, dass sich Patienten je nach gewähltem Versicherungsmodell vom Hausarzt überweisen lassen oder sich direkt an einen eidg. anerkt. Psychotherapeuten /Psychotherapeutin wenden zur Abklärung und Behandlung.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Der vipp geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an den vipp ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...] |
| vipp | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|--|---|---|
| | | | | <p>sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden kann der vipp den Vorschlag nicht unterstützen. Auch hier ist im Sinne des PsyG und dem Wunsch nach Kostensenkung dahingehend zu entscheiden, dass sich Patienten je nach Versicherungsmodell überweisen resp. sich direkt an einen eidg. anerkt. Psychotherapeuten / Psychotherapeutin wenden können zur Krisenintervention.</p> <p>Was fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p> | Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel. |
| vipp | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|---------------------|---|--|--|---|
| vipp | 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. |
| vipp | 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. |
| vipp | 11b | 5 | | Die Berichte nach 40 Stunden müssen vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten erstellt und verrechnet werden. 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. |
| vipp | Übergangsbestimmung | | | Der Zeitraum von 12 Monaten, in denen die delegierte Psychotherapie noch über die Versicherung abgerechnet werden kann, ist zu knapp berechnet . Aus Sicht des vipp braucht es mindestens 36 Monate, damit betroffene Psychotherapeuten / Psychotherapeutinnen geeignete Lösungen finden und die Versorgung | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | betroffener Patienten / Patientinnen sicher gestellt ist. | |
|--|--|--|--|--|--|



Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz
Médecins cadres des hôpitaux suisses
Quadri medici degli ospedali svizzeri

Per E-Mail:
leistungen-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch
lex@fmh.ch

Per A-Post:
Herr Bundesrat Alain Berset
Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
Inselgasse 1
3003 Bern

Per A-Post:
Herr Dr. med. Jürg Schlup
Präsident der Verbindung der
Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Sekretariat
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8
T +41 (0)31 330 90 01
F +41 (0)31 330 90 03
info@vlss.ch
www.vlss.ch

Bern, 17. September 2019

Vernehmlassung zur Änderung KVV und KLV betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und die Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme in obgenannter Sache. Der Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS), dem die in der Schweiz tätigen Chefärztinnen und Leitenden Ärzte angehören, sieht im **Wechsel auf das Anordnungsmodell durch Aufnahme der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen als selbständige Leistungserbringer zu Lasten der OKP grosse Risiken für die Qualität der psychiatrischen Grundversorgung und lehnt diese in der vorgesehenen Form daher ab**. Es kommt hinzu, dass die mit der vorgesehenen Nivellierung und Ausdehnung des Versorgungsangebots verbundenen Kostenfolgen erheblich und nicht abschätzbar sind. Somit droht eine schlechtere Versorgung zu höheren Kosten, was wir vor dem Hintergrund der bereits hängigen Kostensparpakete des Bundesrats als absolut inakzeptabel betrachten.

I. Grundsätzliche Bemerkungen

1. Behandlungsqualität und Patientensicherheit

Eine frühzeitige integrierte Behandlung ist zentral, um das Risiko einer Chronifizierung von Störungen zu senken. Das Anordnungsmodell kann zwar den niederschweligen Zugang zu einer Psychotherapie verbessern, was wir als Vorteil werten, spaltet aber die Psychotherapie von der ganzheitlichen patientenzentrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ab, und verhindert damit eine rechtzeitige Behandlung bei schwierigeren Krankheitsbildern, wodurch das Risiko der Chronifizierung steigt. Eine erfolgreiche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bedarf

einer sorgfältigen Diagnosestellung, in welche auch der Einbezug möglicher somatischer Ursachen, Komplikationen und Differentialdiagnosen gehört.

Durch das Anordnungsmodell fehlt eine initiale fachärztliche psychiatrische Abklärung, was eine frühzeitige integrierte Behandlung erschwert. Durch die geringere Koordination und fehlende Kontrolle eines Facharztes ist bei schwerwiegenden Erkrankungen und Krisen, die im Laufe einer Psychotherapie nicht selten sind, nicht sichergestellt, dass die angemessene psychiatrische Behandlung rechtzeitig erfolgt. Dies gefährdet die Patientensicherheit und senkt die Behandlungsqualität.

In der Begründung wird zurecht auf die mangelnde Einbindung nichtärztlicher Fachkräfte in der psychischen Gesundheitsversorgung in der Schweiz im internationalen Vergleich hingewiesen. Der Mangel besteht an intermediären Angeboten mit interdisziplinären Teams, die auch soziale Betreuung und alltagsorientierte Unterstützung bieten. Auch in Krisen- und Notfallsituationen besteht diesbezüglich teilweise ein Versorgungsmangel, insbesondere in ländlichen Gebieten. Unsere Versorgung ist im Bereich Psychotherapie gut und die Angebote sind für die Bevölkerung relativ schnell und günstig zu haben. Auch die psychosoziale Versorgung ist finanziell auf guten Beinen durch die Sozialdienste der Gemeinden. Der Wunsch einer verbesserten Alltagsversorgung wäre durch alternativ-medizinische Behandlungen, Musik- und Maltherapien, Peer-Begleitungen, psychiatrische Spitex und private Sozialarbeiter gewährleistet, nur ist die Integration dieser Berufsgruppen initial eine kostspielige Massnahme, welche nicht über das KVG abgedeckt werden kann und auch von den Angehörigen oder von den Sozialdiensten meist nicht übernommen werden kann. Hier müssten Bund und Kantone für eine Systemänderung ausserhalb des KVG eintreten. Psychologen können genauso gut oder schlecht diese psychosozialen Aufgaben übernehmen wie die Fachärzte, weshalb die Neuregelung in diesem Bereich nichts bringen wird.

Wenige Psychologen betreuen heute randständige, süchtige oder behinderte psychisch-krank Menschen, die aber am meisten Krisen- oder Notfall-Ereignisse auslösen oder soziale Alltagshilfe benötigen. Die Kürzung der psychotherapeutischen Sitzungsdauer von aktuell 75 Minuten auf 60 Minuten für Einzelbehandlungen, wie auch die Einforderung eines Berichts für eine Therapieverlängerung statt nach aktuell 40 neu auf 30 Stunden (siehe Ziff. der Vernehmlassungsvorlage: Kostenübernahme) ist keine Verbesserungsmassnahme, sondern eine Präventionsmassnahme gegen mögliche Mengenausweitungen (primär durch die Psychologen) im Rahmen des KVG. Hier wird indirekt zugegeben, dass eine erhebliche Mengenausweitung durch die Aufnahme der Psychologen als selbständige Leistungserbringer im Rahmen der OKP zu befürchten ist. Wenn die ärztliche Psychotherapie neu eine Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten umfassen soll, so ist zu fragen, wieso dies sinnvoll und notwendig sein soll. Wir bestreiten dies dezidiert. Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung. Der Anwendungsbereich einer solchen Vorschrift müsste also – falls dies zwecks Qualitätssicherung notwendig wäre – zumindest auf die psychotherapeutisch tätigen Psychologinnen und Psychologen begrenzt sein.

Die bisherige Übernahme der psychologischen Psychotherapie nur durch die Zusatzversicherung oder durch den Selbstzahler macht Sinn, ebenso wie die Übernahme der alternativ-medizinischen Behandlungen, welche oft einen präventiven Charakter haben. Für eine Psychotherapie über die OKP muss eine Diagnose ausgewiesen werden.

Mit der Neuregelung werden alle Behandlungen in der Psychotherapie tendenziell auf die Ebene einer psychischen Störung mit klaren Diagnosekriterien angehoben. Das heisst, wer keine Diagnose will, kann auch keine krankenkassenzulässige Behandlung erhalten, weshalb solche Behandlungen kaum mehr stattfinden werden oder mit anderen Worten inskünftig nur noch als Krankheitsbehandlungen durchgeführt werden dürften.

Zusammenfassend würde die Umsetzung des Anordnungsmodells im Ergebnis dazu führen, dass

- mangels ausreichender fachärztlicher Überwachung die Behandlungsmöglichkeiten und die Behandlungsqualität bei schwerwiegenden Erkrankungen und Krisensituationen verschlechtert werden;
- psychologische Beratungen bei nicht schwerwiegenden Problemen bzw. bei Schwierigkeiten ohne Krankheitswert auf Krankheitsstufe angehoben werden, weil in diesem Fall keine Zusatzversicherung mehr erforderlich ist und/oder die Beratung nicht mehr privat bezahlt werden muss;
- gleichzeitig der administrative Aufwand für alle Beteiligten unnötig zunimmt, was sich wiederum vor allem bei schwerwiegenden Erkrankungen negativ auswirkt, welche einer längeren Behandlung bedürfen;
- und dass zusätzliche intermediäre Angebote mit interdisziplinären Teams, die auch soziale Betreuung und alltagsorientierte Unterstützung anbieten, mit dem Anordnungsmodell für psychologische Psychotherapie, entgegen den in der Vernehmlassungsvorlage geäußerten Zielsetzungen und Hoffnungen, gar nicht geschaffen oder unterstützt werden, zumal dies sowieso keine Aufgabe des KVG ist.

Bisher lag die allgemeine Verantwortung der psychologischen Psychotherapie in den Händen des delegierenden Facharztes, welcher entsprechend durch Behörden und Verbände kontrolliert wurde. Wer nimmt im Anordnungsmodell bei Fehleinschätzungen, Grenzüberschreitungen oder Missständen die Verantwortung? Psychotherapie ist in diesem Fall komplexer als Ergo-, Physiotherapie, Spitex oder Logopädie, welche klar formulierte, begrenzte Zielpunkte anstreben. Das ist bei einer Traumatherapie, Behandlung von Missbrauchsgeschichten, Begleitung von Süchtigen, Wahrnehmung von Schizophrenen oder Interventionen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen oft nicht möglich. Wie werden Psychologen begleitet (überwacht), welche neu (unerfahren oder aus dem Ausland) in der ambulanten Praxis arbeiten? Bisher war es in der Verantwortung des delegierenden Facharztes. Klar ist, dass zu Lasten des KVG tätige Psychologinnen und Psychologen wegen der zu übernehmenden Verantwortung zumindest einer Haftpflichtversicherung bedürfen.

Angesichts der Übergangsregelungen sollen vor dem 1. April 2013 bereits selbständig tätige Psychologen mit Berufsausübungsbewilligung vom Erwerb eines eidgenössischen Weiterbildungstitels und vom Nachweis einer klinischen Erfahrung von 12 Monaten entbunden werden. Weiter müssen auch Psychologen, welche nach dem 1. April 2013 einen eidgenössischen Weiterbildungstitel für psychologische Psychotherapie erworben haben, die klinische Erfahrung nicht nachholen. Weil auch eine klinische Erfahrung von 12 Monaten sowieso ungenügend ist, droht somit kurz- und langfristig eine schlechtere Versorgung der Bevölkerung bei breiterem Angebot.

2. Kostensteigerung

Das Anordnungsmodell wird wie gesagt zu einer Mengenausweitung und zu einem weit höheren Anstieg der Kosten führen als die Schätzungen zeigen. Dadurch steigt das Risiko für die Einführung des Globalbudgets für alle Ärzte. Ein Globalbudget dürfte in kurzer Zeit zu einem eigentlichen Zerfall des für einige Fachrichtungen bereits heute ungenügenden Tarifs führen und unter anderem die Attraktivität des Berufsbildes Psychiater weiter vermindern. Entsprechende Entwicklungen lassen sich in Deutschland und Holland beispielhaft beobachten. Die Nachwuchsschwierigkeiten dürften sich in direkter Folge davon noch einmal massiv verschärfen.

3. Engpässe bei der psychiatrischen Behandlung

Bereits heute haben wir in der Schweiz eine akute psychiatrische Unterversorgung. Viele Psychiater aus den geburtenstarken Jahrgängen werden bald pensioniert. Es rücken keine jungen Kolleginnen und Kollegen nach, weil der Beruf in den letzten Jahren an Attraktivität eingebüsst hat. Mit dem Wechsel auf das Anordnungsmodell wird die Attraktivität des Berufsbildes der Psychiater weiter belastet. Die Facharztanwärterinnen und Facharztanwärter entscheiden sich in der Regel für die Ausbildung zum Psychiater, weil sie an der Psychotherapie interessiert sind. Wir befürchten, dass das Anordnungsmodell das aktuelle Gleichgewicht zwischen Psychotherapie und Notfallpsychiatrie zu Ungunsten der Psychotherapie verschieben wird. Psychiaterinnen und Psychiater werden über kurz oder lang zunehmend in ausschliessliche Psychopharmakologie und Behandlung von Notfällen, vorwiegend im stationären Rahmen, verdrängt. Diese Aufgaben werden Psychologen nicht übernehmen. In der Folge werden sich noch weniger Ärzte für die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie entscheiden. Es wird nicht mehr genug Ärzte geben, die zu einer oft notwendigen kombiniert psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung befähigt sind. Dies wird eine ernsthafte Unterversorgung der Bevölkerung herbeiführen.

4. Gefährdung der psychiatrischen Grundversorgung

Die sinkende Attraktivität des Berufs und die sinkende Zahl praktizierender Psychiater führt dazu, dass psychiatrische Notfalldienste nicht mehr von diesen abgedeckt werden können. Diese Leistungen müssten dann in der Regel durch Hausärzte dauerhaft übernommen werden, was in einzelnen Regionen schon heute der Fall ist. Werden psychiatrische Notfälle nicht durch Psychiater behandelt, steigt das Risiko von fürsorglichen Unterbringungen (FU), was mehr Einweisungen in psychiatrische Kliniken zur Folge hat. Es ist gut belegt, dass die Anzahl der FU deutlich tiefer ist, wenn psychiatrische Notfälle von Psychiatern behandelt werden. So sehr moderne Versorgungssysteme, wie die Akutbehandlung zu Hause, zu begrüßen sind, so wenig wird man sie mittelfristig umsetzen können, wenn es keine oder zu wenig Psychiater gibt, welche die entsprechenden Kompetenzen übernehmen können. Keine dieser Aufgaben kann von den Psychologen übernommen werden.

Die vorgesehene Abschaffung des heutigen Tarifs für delegierte Psychotherapie nach einer zu kurzen Übergangsfrist von einem Jahr ist vor allem auch für die Aufrechterhaltung der Institutionen der intermediären Psychiatrie (institutionelle Ambulanz, Tagesklinik, etc.) von existentieller Bedeutung. Wie sollen die Leistungen der an den Ambulatorien unserer Kliniken tätigen Psychologen inskünftig abgerechnet werden bzw. was passiert, wenn noch keine Psychotherapietarif für an Ambulatorien tätige Psychologen existiert oder wenn inskünftig die Leistungen der bereits heute dort tätigen Psychologen viel schlechter abgegolten werden als bisher? Hier droht ein wichtiger Teil der Versorgungskette zumindest vorübergehend oder sogar mittel- und langfristig wegzubrechen. **Auch hier zeigt sich, dass viel zu wenig überlegt wurde, weshalb die Vorlage an den Absender zurückzuweisen ist.**

II. Bemerkungen zu den Vorlagen

Anträge:

Anpassung des EArt. 50c Abs. 1 lit. c KVV [klinische Erfahrung von 12 Monaten]:

- c. *nach Erlangung des Weiterbildungstitels **eine klinische Erfahrung von fünf Jahren** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder in einer anderen vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) als Institution anerkannten privaten oder öffentlichen Institution unter der Leitung eines Facharztes oder einer*

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Nachweis der notwendigen klinischen Erfahrung setzt voraus, dass über die gesamte Zeitdauer ein effektiver Einsatz im Rahmen der Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste in vergleichbarer Frequenz wie bei einer Assistenzärztin oder bei einem Assistenzarzt in Weiterbildung zum Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie gezeigt werden kann.

Begründung: Ohne diese zusätzlichen Auflagen kann die Befähigung, mit schweren psychischen Erkrankungen und akuten Notfallsituationen umgehen zu können, nicht garantiert werden. Insbesondere reicht unseres Erachtens irgendeine Tätigkeit von 12 Monaten an einer psychiatrischen B-Klinik bei weitem nicht aus, weil dort keine schweren Krisenfälle behandelt werden.

Übergangsbestimmung der KVV streichen oder anpassen

Die Absätze 1 und 2 sind ersatzlos zu streichen und eine Übergangsfrist von 5 Jahren vorzusehen:

Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) trotz Fehlens eines eidgenössisch anerkannten Weiterbildungstitels über eine nach Artikel 49 Abs. 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbständige bzw. privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie oder gestützt auf einen entsprechenden Weiterbildungstitel über eine Berufsausübungsbewilligung nach Art. 22 PsyG verfügen, werden zugelassen, sobald sie die Anforderungen des Art. 50c lit. c KVV erfüllen. Das Departement kann zugunsten dieser Personen für Dauer von höchstens 5 Jahren übergangsrechtliche Erleichterungen des Nachweises der notwendigen klinischen Erfahrung festlegen.

Begründung: Ohne klinische Erfahrung kann die Befähigung, mit schweren psychischen Erkrankungen und akuten Notfallsituationen umgehen zu können, nicht garantiert werden. Dies gilt auch für bereits seit langem selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten mit oder ohne eidgenössischem Weiterbildungstitel. Dem Departement sollte indessen die Kompetenz erteilt werden, für bereits selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten die Möglichkeiten, die notwendige klinische Erfahrung nachzuholen, während einer Übergangsfrist von 5 Jahren ab Inkrafttreten der Änderung zu erleichtern.

Anpassung des EArt. 2 Abs. 1 lit. b KLV:

- a. *Die Wirksamkeit der angewandten Methode ist wissenschaftlich belegt.*
- b. *Sie umfasst **bei Psychologischer Psychotherapie** eine Einstiegs-, Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten.*

Begründung: siehe oben Ziff. I 1.

Anpassung des EArt. 3 KLV [**Begrenzung auf 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen**]:

*Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens **40 Abklärungs- und Therapiesitzungen** von einer Dauer:*

- a. ***bei Erwachsenen:** von bis zu **75 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.*

Begründung: Es würde einen unnötigen administrativen Leerlauf bedeuten, das Maximum an Therapiesitzungen von 40 auf 30 Sitzungen zu reduzieren. Damit würde eine unnötige Risikoselektion

gefördert, und mit anderen Worten der bereits bestehenden Fehlversorgung zu Lasten von psychisch schwer kranken Menschen noch zusätzlich Vorschub geleistet. Aus den gleichen Gründen muss auch die maximale Sitzungsdauer sowohl für Erwachsene (**75 anstatt 60 Minuten**) als auch für Kinder und Jugendliche (**90 anstatt 60 und 105 anstatt 90 Minuten**) moderat nach oben angepasst werden, was hiermit beantragt wird. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind für die stärker in Systemen vernetzte Arbeit zwingend längere Sitzungszeiten notwendig.

Art. 3b unverändert:

Begründung: Wir fordern, dass der ärztliche Bericht an den Vertrauensarzt zur Fortsetzung der Therapie weiterhin erst nach 40 Sitzungen notwendig ist.

EArt. 11b KLV

Wir sind mit der vorgeschlagenen Änderung grundsätzlich einverstanden.

Begründung: Mit der neuvorgesehenen Möglichkeit, den niederschwelligeren Zugang zur Psychotherapie zu ermöglichen, indem Ärztinnen und Ärzte mit eidgenössischem Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin psychologische Psychotherapie bis zu einer bestimmten Anzahl Sitzungen anordnen können, wird die Versorgung verbessert. Wir sind uns dessen bewusst, dass damit eher der niederschwelligere Zugang verbessert wird, was sich negativ auf die rechtzeitig Behandlung schwererer Fälle auswirken kann (siehe hierzu die Ausführungen oben unter Ziff. I 1.). In Übereinstimmung mit EArt. 3 KLV müsste die Anordnung für höchstens 20 Sitzungen erfolgen dürfen, wobei der psychologische Psychotherapeut der Ärztin oder dem Arzt Bericht erstatten müsste, bevor nochmals im Maximum 20 Sitzungen angeordnet werden könnten. Auch die Sitzungsdauer müsste hier entsprechend unseren Vorschlägen zu EArt. 3 KLV nach oben angepasst werden.

Wir verschliessen uns auch der Möglichkeit nicht, dass alle Ärztinnen und Ärzte mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel einmalig Leistungen zur Krisenintervention oder für Kurztherapien für Patientinnen und Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation bis maximal 10 Sitzungen anordnen dürften. Dies setzt aber voraus, dass alle psychologischen Psychotherapeuten, denen derartige Fälle zugewiesen werden dürften, über die dafür notwendige klinische Erfahrung verfügen müssen.

Übergangsbestimmung anpassen:

Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 5 Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum)

Begründung: Eine derart lange Übergangsfrist, bis die psychologischen Psychotherapeuten die Versorgung ohne Aufsicht, nach Erwerb der dafür notwendigen klinischen Erfahrung, selbständig sicherstellen können, ist unseres Erachtens zwingend. Es gibt aber auch Psychologinnen und Psychologen, welche mit der heutigen Situation zufrieden sind, und für welche die Ausübung der delegierten Psychotherapie eine Lebensstellung darstellt. Ihnen muss zumindest genügend Zeit eingeräumt werden, um für die Zukunft umdisponieren zu können. Es geht nicht an, bestehende Berufsbilder von heute auf morgen tarifarisch abzuschaffen. Die Beibehaltung des Tarifs während einer längeren Übergangsfrist ist vor allem auch für die Aufrechterhaltung der Institutionen der intermediären Psychiatrie (institutionelle Ambulanz, Tagesklinik, etc.) von existentieller Bedeutung.

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 OKP 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 OKP 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.

Wir bitten Sie, unsere Überlegungen in die Auswertung des Vernehmlassungsergebnisses einfließen zu lassen und unsere Anträge zur somatischen Akutversorgung und zur Psychiatrie ernsthaft zu prüfen. Mit bestem Dank und

mit freundlichen Grüßen

VEREIN DER LEITENDEN SPITALÄRZTE DER SCHWEIZ

Der Präsident



Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad

Der Geschäftsleiter



Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

Kopie z.K.:

- SGPP
- SVPC
- GDK
- VSAO Schweiz
- santésuisse
- curafutura

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beider Basel

Abkürzung der Firma / Organisation : VPB

Adresse : Postfach, 4002 Basel

Kontaktperson : Peter Schwob

Telefon : 061 401 08 20

E-Mail : mail@psychotherapie-bsbl.ch

Datum : 22.9.19

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 **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 |
| VPB | <p>Der VPB 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. Der VPB bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Unsere Stellungnahme orientiert sich an der der drei Schweizerischen Psychotherapieverbände, weicht partiell davon ab.</p> |
| VPB | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche der VPB klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der VPB 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. • Weitgehend einverstanden ist der VPB 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. |
| VPB | <p>Inhalte der Vorlage, welche der VPB ablehnt und deren Anpassung er fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der VPB lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Er fordert die Beibehaltung der bisherigen Zahl von 40 Sitzungen, da sich diese Praxis bewährt hat und die Beschränkung auf 30 Sitzungen die Administration und die Kosten steigert. • Der VPB lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Sie ist kostensteigernd und ohne zusätzlichen Nutzen. • Der VPB 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. Diese Änderung |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|-----|--|
| | <p>gehört aber nicht ins Anordnungsmodell, sondern ins PsyG.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der VPB lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Der VPB verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Der VPB ist grundsätzlich mit dem Antrag auf 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. • Der VPB 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. |
| VPB | <p>Ergänzungen, die der VPB vorschlägt, weil sie im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Der VPB 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 Praxisassistentin analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechnungbarkeit 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 VPB braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • der VPB unterstützt grundsätzlich Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich der VPB eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungs-Entwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Der VPB fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom, sowohl für PsychotherapeutInnen als auch für anordnende ÄrztInnen. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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) |
| VPB | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| VPB | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| VPB | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|---|---|
| | | | | Berufsausübungsbewilligung zu basieren, erscheint sinnvoll und das einzig Richtige. | |
| VPB | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht des VPB unbestritten. Er 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. Er 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. Der VPB begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Es ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmed-Positionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|---------|---|---|
| | | | | <p>Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen, aber auch aus fachlicher Sicht. Eidg. anerkannte Psychotherapeuten innerhalb der Institution sind ebenso geeignet.</p> <p>Der VPB fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Durchführbarkeit des Zusatzjahres einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt der VPB ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| VPB | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Der VPB fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|--|---|---|
| | | | | die Verordnung aufgenommen wird, sowohl für PsychotherapeutInnen als auch für anordnende ÄrztInnen. | |
| VPB | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Der VPB ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet er 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 der VPB folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|----------------|-------|--|--|---|
| VPB | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| VPB | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| VPB | Übergangsbest. | 1 & 2 | | <p>Der VPB begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisher zugelassene Psychotherapeuten. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

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) |
| VPB | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| VPB | 2 | 1 | b | <p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Der VPB 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 aber verfehlt. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist | <p>Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen</p> <p>b. Sie umfasst eine Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist er aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30, resp. 40) zeitlich nicht ausreichend ist für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen kann. Bereits die Erstellung der Eingangsdiagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. Zudem benachteiligt sie beziehungs- und lebensgeschichtlich orientierte Therapiemethoden gegenüber Methoden, die sich eher mit klar umschriebenen Störungen befassen. <p>Der VPB schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf ihre Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|---|--|--|---|---|
| VPB | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Der VPB ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Der VPB ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p> <p>Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |
|-----|---|--|--|---|---|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|--|---|---|--|
| | | | | Verordnungsebene zu regeln sind, und verlangt 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. | |
| VPB | 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 [...] |
| VPB | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| VPB | 11b | 1 | a | Anordnungsbefugte Ärzte Der VPB 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. | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|--|--|
| VPB | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst der VPB 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 sein müssen.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |
| VPB | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen würde durch diese Begrenzung unmöglich. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie,</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|---------------------|---|--|---|---|
| | | | | anstatt ihn zu verbessern. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3. | |
| VPB | 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. |
| VPB | 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. |
| VPB | 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. |
| VPB | 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 | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
|--|--|--|--|---------|--|

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Vereinigung der Psychiaterinnen und Psychiater des Kantons Luzern

Abkürzung der Firma / Organisation: VPLU

Adresse : Mühlenplatz 10, 6004 Luzern

Kontaktperson : Dr. Jeffrey Mc Cutchan, Präsident VPLU

Telefon : 041 4108555

E-Mail : mccutchan@hin.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Allgemeine Bemerkungen | |
|---|--|
| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
| Error! Reference source not found. | DIE VPLU LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB. |
| Error! Reference source not found. | <p>Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden.</p> <p>Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</p> |
| Error! Reference source not found. | |
| Error! Reference source not found. | <p>Die VPLU hätte eine differenziertere Lösung bezüglich der Zulassung der psychologischen Psychotherapeuten als die aktuell vorliegende gewünscht. Der vorliegende Änderungsvorschlag ist berufspolitisch problematisch. Viele Psychologen, die momentan angestellt in ärztlichen Praxen delegiert arbeiten, werden nun, - ob sie es wollen oder nicht, zur beruflichen Selbstständigkeit im Rahmen des Anordnungsmodells gezwungen, mit dem Verlust von Vorteilen aus einem Angestelltenverhältnis. Ausserdem sind sehr viele psychologische Psychotherapeuten, die momentan in eigener Praxis arbeiten, sehr zufrieden mit der Aufteilung zwischen Therapien zulasten der Grundversicherung und der Zusatzversicherungen.</p> <p>Es stellt sich daher die Frage, ob nicht eine Konsenslösung möglich wäre, mit der Wahlfreiheit zwischen der Tätigkeit zulasten der Grundversicherung oder der Zusatzversicherungen.</p> <p>Da es in Zukunft Psychologinnen erlaubt sein wird, weiterhin angestellt für psychiatrische Institutionen zu arbeiten (Kliniken, Ambulatorien), ist es nicht nachvollziehbar und dem Gleichheitsgrundsatz widersprechend, dass sie in Zukunft nicht auch in einer Arztpraxis ambulant weiter als</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|---|---|
| | <p>Angestellte beschäftigt werden können. Die aktuell vorliegende Lösung mutet daher aus mehreren Gründen wie ein tarifarisch verordnetes Berufsverbot an.</p> <p>Da die Behandlung zulasten der Grundversicherung eine Diagnose lt. ICD-10 bzw. DSM-5 erfordert, sind in Zukunft Patienten benachteiligt, die bisher zulasten der Zusatzversicherung ohne psychiatrische Diagnose behandelt wurden und dies auch in Zukunft beibehalten möchten. Die aktuell vorliegende Verordnungsänderung birgt daher sowohl die Gefahr der Ausgrenzung gewisser Patientengruppe, als auch der ungerechtfertigten «Pathologisierung» von Patienten.</p> |
| 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. | 50 | 1 | c | <p>Psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B). Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen. Vor allem haben die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch keine Erfahrungen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Folglich werden sich die Psychologinnen und Psychologen in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren. In diesem Bereich werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots sorgen. Das wird zu einer deutlichen Kostenausweitung im Gesundheitswesen führen (weit höher als die postulierten 100 Mio.), <u>ohne</u> entsprechende</p> | <p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 3 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung, davon mindestens ein Jahr in einer Institution der Kategorie A (Aufnahmepflicht mit breitem Krankheitsspektrum).</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung wird nicht behoben werden, hingegen wird es zu einer Fehlversorgung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Sie werden grosse Mühe</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten (vgl. auch Bemerkung weiter unten Art. 2, Abs. 1, Bst. b) KVV)</p> <p>Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p>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</p> | |
|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| | | | | <p><i>SIWF-anerkannte Institutionen der Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenotdienst und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</i></p> <p>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die , dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</p> <p>Die VPLU unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</p> | |
| Error! Reference source not found. | | | | <p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Personen zu behandeln, obwohl sie als Therapeuten nur über ein Jahr klinischer Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art.11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Die VPLU erachtet diese beiden Punkte als Risiko für die</p> | <p>STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen</p> <p>Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.</p> <p>Eine einjährige Übergangsfrist betreffend der Abschaffung der delegierten</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>Qualität und die Effektivität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p> <p>Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist entsprechend explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologische Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt liegt.</p> | <p>Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab.</p> <p>Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |
| Error! Reference source not found. | | | | | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | |
|--|-----------------------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| Error! Reference source not found. | 2, Abs. 1, Bst. B) | <p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig.</p> <p>Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Gegebenenfalls können, abhängig vom Krankheitsbild, zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat.</p> <p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, präferiert doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der</p> | <p>STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen</p> | |
|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|---|--------|--|---|
| | | <p>Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbar Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.</p> <p>Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> <p>FORDERUNG: Die VPLU fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</p> | |
| Error! Reference source not found. | Art. 3 | <p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der Verordnungsänderung zu erwartenden Mengenausweitung als Argument einer kostendämpfenden Massnahme zu dienen.</p> <p>Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken und sind eine Beeinträchtigung für die Therapie (Stichworte Vertrauensbildung und Sicherheit).</p> <p>Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen</p> | <p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|---|----------------------|--|--|
| | | <p>Aufwandes einher, ohne erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Prämienzahlerinnen bzw. –zahler.</p> <p>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p> <p>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</p> | |
| Error! Reference source not found. | Art. 11b, Bst. A. | <p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche</p> | <p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|---|
| | | <p>Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.</p> <p>FORDERUNG: Die VPLU verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</p> <p>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</p> | <p>Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p> |
| Error! Reference source not found. | Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5 | <p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen</p> <p>«Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht... der Antrag mit Bericht erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin»</p> <p>Wie kann die Ärztin, der Arzt objektiv urteilen ohne Einbezug in die Therapie? Wie kann sie oder er urteilen ohne vertiefte Kenntnisse bzw.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | 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? | |
| Error! Reference source not found. | | | |
| Error! Reference source not found. | | | |
| Error! Reference source not found. | | | |
| Error! Reference source not found. | | | |
| Error! Reference source not found. | | | |
| Error! Reference source not found. | | | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Weitere Vorschläge | | | |
|---|------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| Error! Reference source not found. | | <p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) durchzuführen ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung betrachtet eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend!</p> <p>FORDERUNG: Die SGPP und die SGKJPP sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.</p> | <p>Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung!</p> |
| Error! Reference source not found. | | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.</p> | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 60 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).</p> |
| Error! Reference source not found. | | <p>Die Inhalte der Verordnungsänderungen ebenso wie deren gesundheitspolitischen wie auch finanziellen Auswirkungen scheinen zu wenig reflektiert. Enorm problematisch ist die inhärente Botschaft, dass psychiatrische Störungen behandlungsmässig in die Nähe von somatischen Beschwerden</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | gerückt werden, die mit eine, zwei oder auch drei Anordnungen für x Sitzungen adäquat behandelt werden können. Es würde den angestrebten Verordnungsänderungen im Sinne ihrer durch den Bundesrat zu verfolgenden Zielsetzungen gut anstehen, deren Ausgestaltung durch ein interdisziplinäres ExpertInnenngremium der betroffenen Fachorganisationen nochmals grundsätzlich zu überdenken. | |
| 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. | | | |

| | | | | | | |
|------|---|-----|-----|------|------|----------|
| AmtL | GP | KUV | OeG | VS | R | IT+GEVER |
| DS | Bundesamt für Gesundheit 01. Okt. 2019 | | | | | LKV |
| DG | | | | | | TG |
| CG | | | | | | UV |
| Int | | | | | | |
| RM | | | | | | |
| GB | | | | | | |
| GeS | | | | | | AS Chem |
| | VA | NCD | MT | BleM | Chem | Str |

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
Herr Eduard Felber
Präsident
Loëstrasse 220
7000 Chur

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Chur, 1. 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 Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) 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 VPPS 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-

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

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 VPPS 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

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».

anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.

- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.
- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und,

gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der 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

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».

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 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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese

unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Ordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

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

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

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 **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

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.

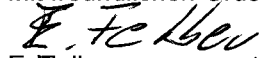
Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.

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


E. Felber


M. Lehmann

Präsident VPPS

Vize-Präsident VPPS

(ANNEX: VPPS-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: Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation: VPPS

Adresse: Loëstrasse 220, 7000 Chur

Kontaktperson: Eduard Felber, Präsident

Telefon: +41 (58) 225 20 10

E-Mail: vpps-praesidium@pdgr.ch

Datum: 1. 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 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 |
| VPPS | <p>I. Zusammenfassung</p> <p>Die VPPS lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|---|
| | <p><i>statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)). |
| | <p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und |

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|---|
| | <p>quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. Die VPPS als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen |
|--|---|

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|--|
| | <p>Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und 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**

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:

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität). 3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen). |
|--|---|

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| VPPS | 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**

| | | | | | |
|------|--------|-------|---|---|---|
| | | | | | |
| VPPS | Art.50 | Abs.1 | c | <p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p> | <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> | |
| | | | | | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Begründung</p> <p>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</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>Weberbildungstitel 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.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten</p> | |
|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|--|--|----|--|--|
| VPPS | | | II | <p><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.</p> | Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen |
| | | | | Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen | |
| | | | | <p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | 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. | |
| | | | | | |

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 |
| VPPS | 2,3,11 | Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab. | Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab. |
| | | <p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System</p> <p>Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharzttitle Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p> | |
|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW- Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min])). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p> | |
|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über 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.</p> <p>Klinische Fachkompetenz erforderlich Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen. Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die</p> | |
|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und</p> | |
|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasssten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p> | |
|--|--|--|--|

| Weitere Vorschläge | | | |
|---------------------------|-------------|---|----------------------|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| VPPS | | <p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Zentralschweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : VPZ

Adresse : Trüllhofstrasse 9, 6004 Luzern

Kontaktperson : Barbara Kaufmann, Sekretariat

Telefon : 041 210 86 78

E-Mail : info@verband-vpz.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 **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 |
| VPZ | <p>Der VPZ 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. Der VPZ bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme das Resultat der Zusammenarbeit der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände FSP, 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. Der VPZ schliesst sich diesen Stellungnahmen an.</p> |
| VPZ | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche der VPZ klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der VPZ 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 der VPZ 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. |
| VPZ | <p>Inhalte der Vorlage, welche der VPZ ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der VPZ 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. • Der VPZ lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|-----|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Der VPZ 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. • Der VPZ lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Der VPZ verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Der VPZ 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. • Der VPZ 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. |
| VPZ | <p>Ergänzungen, welche der VPZ vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Der VPZ 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 VPZ braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Der VPZ unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich der VPZ eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Der VPZ 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**

| | |
|-----|---|
| VPZ | 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) |
| VPZ | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| VPZ | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| VPZ | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| VPZ | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht des VPZ unbestritten. Der VPZ 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. Der VPZ 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. Der VPZ begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für der VPZ ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|------------|---|--|
| | | | | <p>problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Der VPZ fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt der VPZ ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| VPZ | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den</p> | 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. Der VPZ fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| VPZ | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Der VPZ ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet der VPZ 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 der VPZ folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|----------------|-------|--|--|--|
| VPZ | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| VPZ | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen</p> <p>Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| VPZ | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Der VPZ 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. | |
| VPZ | Übergangsbest. | 3 | | Der VPZ 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) |
| VPZ | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| VPZ | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Der VPZ 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der 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. <p>Der VPZ schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| VPZ | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Der VPZ ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten,</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|--|---|--|--|
| | | | | <p>Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Der VPZ ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| VPZ | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| VPZ | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| VPZ | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Der VPZ 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Der VPZ geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die FSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | <p>pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| VPZ | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst der VPZ den Vorschlag, dass bei</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| VPZ | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| VPZ | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| VPZ | 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. |
| VPZ | 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. |
| VPZ | 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 : Vereinigte Schulpsychologinnen und Schulpsychologen des Kantons Zürich

Abkürzung der Firma / Organisation : Sektion VSKZ

Adresse : Sonneggstrasse 26, 8006 Zürich

Kontaktperson : Bigna Bernet, Co-Präsidentin

Telefon : 079 267 98 38

E-Mail : bigna.bernet@gmail.com / bigna.bernet@spd-pfaeffikon.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 |
|------------|---|
| VSKZ | Die VSKZ 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 VSKZ 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. |
| VSKZ | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche die VSKZ klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die VSKZ 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 VSKZ 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. |
| VSKZ | <p>Inhalte der Vorlage, welche die VSKZ ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die VSKZ 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 VSKZ lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die VSKZ 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 VSKZ lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|------|--|
| | <p>den Tarifverträgen geregelt werden. Die VSKZ verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die VSKZ 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 VSKZ 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. |
| VSKZ | <p>Ergänzungen, welche die VSKZ vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Die VSKZ verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der VSKZ braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die VSKZ 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 VSKZ eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die VSKZ fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
| VSKZ | <p>Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Stellungnahme auf die gemeinsame Nennung der männlichen und weiblichen Form verzichtet. Wenn nicht anders angegeben, sind immer beide Geschlechter gemeint.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| VSKZ | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| VSKZ | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen anpasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| VSKZ | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|---|--|---|
| VSKZ | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der VSKZ unbestritten. Die VSKZ 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 VSKZ 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 VSKZ begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die VSKZ ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |
|------|-----|---|---|--|---|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|---------|---|---|
| | | | | <p>zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die VSKZ fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt die VSKZ ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| VSKZ | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die VSKZ fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| VSKZ | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die VSKZ ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----------|--|--|--|--|
| | | | | <p>Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die VSKZ 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 VSKZ folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| VSKZ | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| VSKZ | (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 | Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie: a) Nach der Gesetzgebung des |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|----------------|-------|--|---|---|
| | | | | https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html . | <p>Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;</p> <p>b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;</p> <p>c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen</p> <p>d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;</p> <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| VSKZ | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Die VSKZ 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. | |
| VSKZ | Übergangsbest. | 3 | | Die VSKZ 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 | Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstagen a-c, e und f [...] |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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, welche die Neuropsychologen angemessen berücksichtigt, nicht an die Bewilligung knüpfen, sondern an die bisherige Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. | |
|--|--|--|--|--|--|

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) |
| VSKZ | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| VSKZ | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die VSKZ 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: <ul style="list-style-type: none"> Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist | 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Die VSKZ schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|---|--|--|---|--|
| VSKZ | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die VSKZ ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die VSKZ ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |
|------|---|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|--|---|--|---|
| | | | | 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. | |
| VSKZ | 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 [...] |
| VSKZ | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| VSKZ | 11b | 1 | a | Anordnungsbefugte Ärzte Die VSKZ 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 VSKZ geht | 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**

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|--|
| | | | | <p>davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die VSKZ ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | |
| VSKZ | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die VSKZ den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|--|---|---|
| VSKZ | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| VSKZ | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| VSKZ | 11b | 4 | | <p>Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.</p> | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.</p> |
| VSKZ | 11b | 5 | | <p>Die Berichte nach 40 Stunden müssen vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten erstellt</p> | <p>Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 40 Sitzungen</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 und nicht vom anordnenden Arzt. Alles andere ist nicht sachgerecht. | 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. |
| VSKZ | 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 : Verband Solothurner Psychologinnen und Psychologen

Abkürzung der Firma / Organisation : VSP

Adresse : Obere Sternengasse 6, 4500 Solothurn

Kontaktperson : Tamara Steiner

Telefon : 079 374 44 73

E-Mail : tamara_steiner@icloud.com

Datum : 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 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 |
| VSP | Der VSP 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. Der VSP 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. |
| VSP | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche der VSP klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der VSP 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 der VSP 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. |
| VSP | <p>Inhalte der Vorlage, welche der VSP ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der VSP 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. • Der VSP lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Der VSP 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. • Der VSP lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|-----|---|
| | <p>den Tarifverträgen geregelt werden. Der VSP verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der VSP 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. • Der VSP 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. |
| VSP | <p>Ergänzungen, welche der VSP vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Der VSP 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 VSP braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Der VSP unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich der VSP eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache Der VSP fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom. |
| VSP | <p>Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Stellungnahme auf die gemeinsame Nennung der männlichen und weiblichen Form verzichtet. Wenn nicht anders angegeben, sind immer beide Geschlechter gemeint.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| VSP | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| VSP | 50b | | | <p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Gemäss dem neuen Einleitungssatz «Die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein» braucht es für Neuropsychologen, welche selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen auf Anordnung erbringen, eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>Die Formulierung ist aus unserer Sicht unklar. Es besteht die Gefahr der Verwechslung von Zulassung und Bewilligung. Sollte das Wort «Zulassung» gleichbedeutend mit «Bewilligung» dem Willen des Bundesrates entsprechen, so spricht dies umso mehr dafür, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich Neuropsychologen anpasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).</p> | |
| VSP | 50c | 1 | a & b | <p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|---|---|
| VSP | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der VSP unbestritten. Der VSP 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. Der VSP 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. Der VSP begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für der VSP ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |
|-----|-----|---|---|---|---|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|---------|---|---|
| | | | | <p>zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Der VSP fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt der VSP ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| VSP | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Der VSP fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p> | d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| VSP | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Der VSP ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----------|--|--|--|--|
| | | | | <p>Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet der VSP 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 der VSP folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |
| VSP | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| VSP | (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 | Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie: a) Nach der Gesetzgebung des |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|----------------|-------|--|--|---|
| | | | | https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html . | <p>Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;</p> <p>b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;</p> <p>c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen</p> <p>d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;</p> <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| VSP | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Der VSP 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. | |
| VSP | Übergangsbest. | 3 | | Der VSP 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 | Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a-c, e und f [...] |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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, welche die Neuropsychologen angemessen berücksichtigt, nicht an die Bewilligung knüpfen, sondern an die bisherige Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. | |
|--|--|--|--|--|--|

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) |
| VSP | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| VSP | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Der VSP 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: <ul style="list-style-type: none"> Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist | 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der Eingangsdiaagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen. • Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Der VSP schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|---|--|--|---|---|
| VSP | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Der VSP ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Der VSP ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |
|-----|---|--|--|---|---|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|--|---|--|---|
| | | | | 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. | |
| VSP | 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 [...] |
| VSP | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| VSP | 11b | 1 | a | Anordnungsbefugte Ärzte Der VSP 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. Der VSP geht | 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**

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|--|--|
| | | | | <p>davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an der VSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | |
| VSP | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst der VSP den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-----|-----|---|--|---|---|
| VSP | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| VSP | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| VSP | 11b | 4 | | <p>Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.</p> | <p>Antrag auf Streichung</p> <p>Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.</p> |
| VSP | 11b | 5 | | <p>Die Berichte nach 40 Stunden müssen vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten erstellt</p> | <p>Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 40 Sitzungen</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 und nicht vom anordnenden Arzt. Alles andere ist nicht sachgerecht. | 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. |
| VSP | 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. | |

Eidg. Departement des Innern
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Zürich, 4. Oktober 2019/ dk

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Einladung zur Anhörung in oben erwähnter Angelegenheit. Sehr gerne nehmen wir dazu nachfolgend Stellung.

Grundsätzliches

Der VZK lehnt die Vorlage in der vorgesehenen Form ab. Der Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Leistungserbringer ist mit den geplanten beiden Verordnungsänderungen nicht gegeben.

Wenn das heutige Delegationsmodell durch ein Anordnungsmodell abgelöst werden soll, müssen die Qualität der Leistungserbringung und die Kosteneffizienz im System verbessert und nicht verschlechtert werden. In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Diese darf nicht gefährdet oder verteuert werden.

Fehlender Bedarfsnachweis

- Die Systemänderung wird zu einer Erhöhung der Leistungserbringer für psychologische Psychotherapie führen. Ein Bedarfsnachweis, Daten oder Studien dafür fehlen. Dies wäre notwendig um auch die Auswirkungen der Systemänderung abschätzen zu können.
- Die Qualität der bestehenden Versorgung schätzen wir als gut ein und Wartezeiten sind gerade im Vergleich zu anderen Gesundheitssystemen gering.

Qualitätsverbesserung ist gefährdet

- Wir sind der Meinung, dass die Vorlage nicht zu einer besseren Qualität beitragen würde. Insbesondere die Versorgung von schweren, komplexeren Fällen müsste nicht mehr durch in der psychiatrischen Behandlung spezialisierte Fachärzte delegiert werden. Damit würde auch die mit der Delegation verbundene Qualitätskontrolle der Behandlung und der Behandelnden aufgegeben.
- Heute können auch in Weiterbildung befindliche Fachpersonen in Ambulatorien mitwirken, da sie im delegierten Modell abgerechnet werden können. Das wäre neu nicht mehr der Fall. Dies würde nicht nur die Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin erschweren, sondern auch die Zahl der für Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehenden Therapeuten senken.

Finanzierung

- Die Berechtigungen für die Anordnung der psychologischen Psychotherapie gehen u.E. zu weit. Nicht nur Ärztinnen und Ärzte mit psychiatrischer Zusatzausbildung könnten die Anordnung vornehmen, sondern alle Grundversorger. Dies würde voraussichtlich zu einer Ausweitung der Psychotherapie führen, insbesondere auch in leichteren Fällen und zu entsprechenden Mehrkosten. Da die Ressourcen im Gesundheitswesen und speziell in der OKP jedoch knapp bemessen sind, würde dies früher oder später zu einer Kannibalisierung der Behandlungen von schweren Fällen in der Psychotherapie oder der übrigen OKP-Leistungen führen.

Schlussbetrachtung

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit Stellung nehmen zu können und hoffen, dass wir auf die grundsätzliche Problematik der vorgeschlagenen Gesetzesanpassungen und unsere Sorge in Bezug auf Qualität und Finanzierung aufmerksam machen konnten.

Für Details zu einzelnen Gesetzesbestimmungen schliessen wir uns der Stellungnahme der Swiss Mental Health Care SMHC an.

Freundliche Grüsse

Verband Zürcher Krankenhäuser



Daniel Kalberer, lic. rer. publ. HSG
Geschäftsleiter

**Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie
Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV)**

Vorstand

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

| 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 |

**Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie
Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV)**
Prof. Dr. med. Michael Rufer, Präsident
Militärstrasse 8, Postfach 2019
8021 Zürich

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Zürich, 03. 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.

Der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

M. Rufer (Präsident), S. Bachmann, A. Brucher, U. Hepp (Sekretär), P. Hoff (Vorsitzender WBK), W. Kawohl (Kassier), E. Seifritz

Korrespondenz: Prof. Dr. med. Michael Rufer, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Zentrum für Soziale Psychiatrie
Militärstrasse 8, Postfach 2019, 8021 Zürich; Tel.: 044 296 74 61, E-Mail: michael.rufer@puk.zh.ch

I. Zusammenfassung

Der WBV 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 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 kön-

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».

nen. 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.

- Der WBV als Autor dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. **einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.
- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**. Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstu-

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».

dentem 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 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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

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.

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.*

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.

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 40 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 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)

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 Er-

kranken 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 Anordnungsbe-fugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

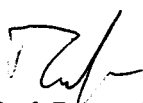
Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des

Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehlachten 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 berücksichtigen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. M. Rufer
Präsident WBV

Prof. Dr. med. S. Bachmann
Vorstand WBV

Prof. Dr. Dr. med. P. Hoff
Vorstand WBV, Vorsitzender WBK

Prof. Dr. med. E. Seifritz
Vorstand WBV

Prof. Dr. med. U. Hepp
Vorstand WBV

Prof. Dr. med. W. Kawohl
Vorstand WBV, Kassier

Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV)

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 : Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : WBV

Adresse : Militärstrasse 8, Postfach 2019, 8021 Zürich

Kontaktperson : Prof. Dr. med. Michael Rufer 

Telefon : +41 44 296 74 61

E-Mail : michael.rufer@puk.zh.ch

Datum : 03. 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 |
| WBV | <p>I. Zusammenfassung</p> <p>Der WBV lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell 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</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|---|
| | <p><i>Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)). |
| | <p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, |

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|--|
| | <p>dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. Der WBV 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 |
|--|--|

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).

- 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**

| | |
|--|--|
| | |
| | <p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|--|---|
| | <p>Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).</p> <p>2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).</p> <p>3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).</p> |
|--|---|

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|--|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| | Art.46 | | g | <p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i> 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.</p> <p>Wir lehnen Art. 46 g. ab g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</p> <p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p> | <p>Wir lehnen Art. 46 g. ab g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--------|-------|---|---|---|
| | | | | | |
| | Art.50 | Abs.1 | c | <p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> b. <i>einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> c. <i>nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>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.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p> | <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer</p> | |
|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen</p> | |
|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den 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.</p> <p>Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.</p> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen selbst zuwiderlaufen, da eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für</p> | |
|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|----|---|---|
| | | | | <p>angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.</p> <p>Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.</p> | |
| | | | II | <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i> <i>1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum)</i> <i>über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG9 gültige Bewilligung für</i> <i>die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche</i></p> | <p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.</p> <p>2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</p> | |
| | | | <p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> <p>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung</p> <p>Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) | | | |
|---|-------------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| WBV | 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> |
| | | <p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p> | |
|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p> | |
| | | <p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p> | |
| | | <p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren</p> <p>Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den MedizinerInnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen</p> | |
|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasssten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.</p> | |
|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Weitere Vorschläge | | | |
|--|-------------|---|----------------------|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. | | <p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p> | |

Zürich, 3.10.2019

Prof. Dr. med. Michael Rufer
Vorstand
Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie
Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV)

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 (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.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

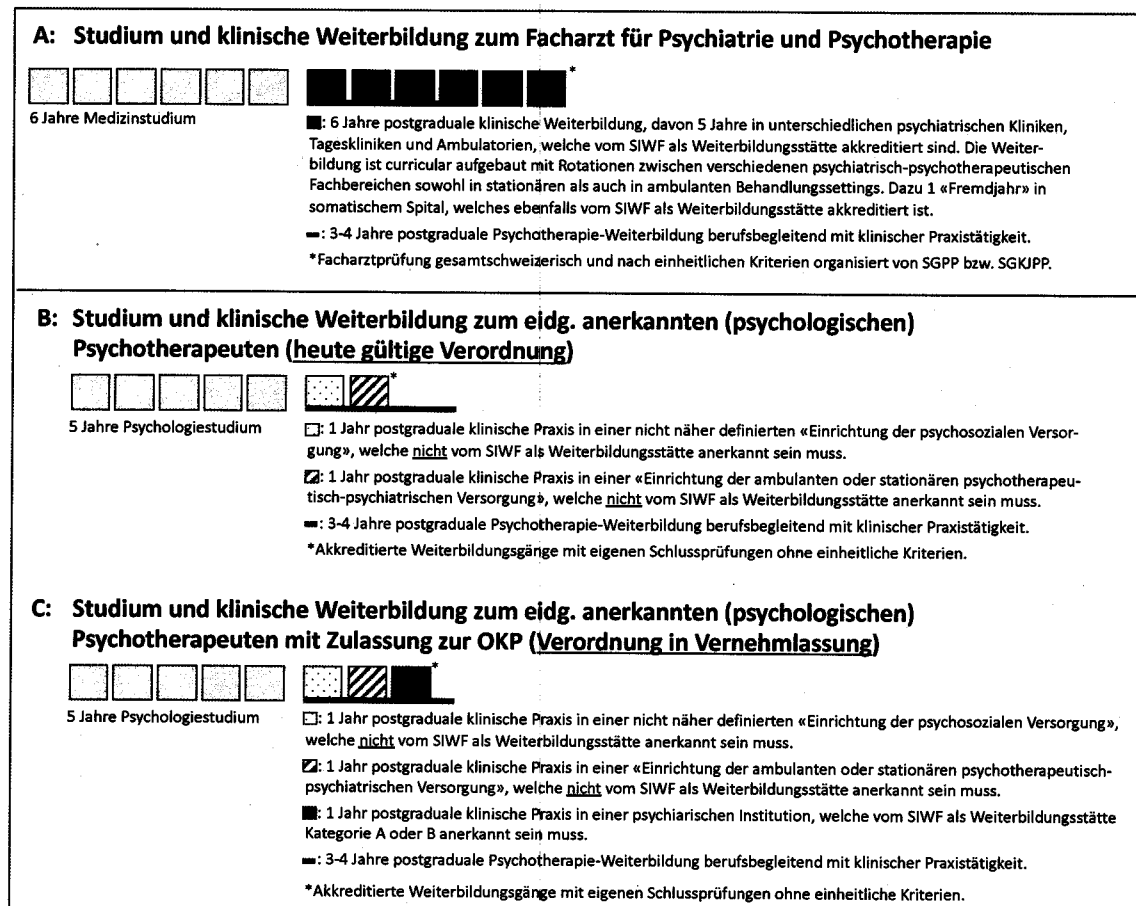


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11. 2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-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).

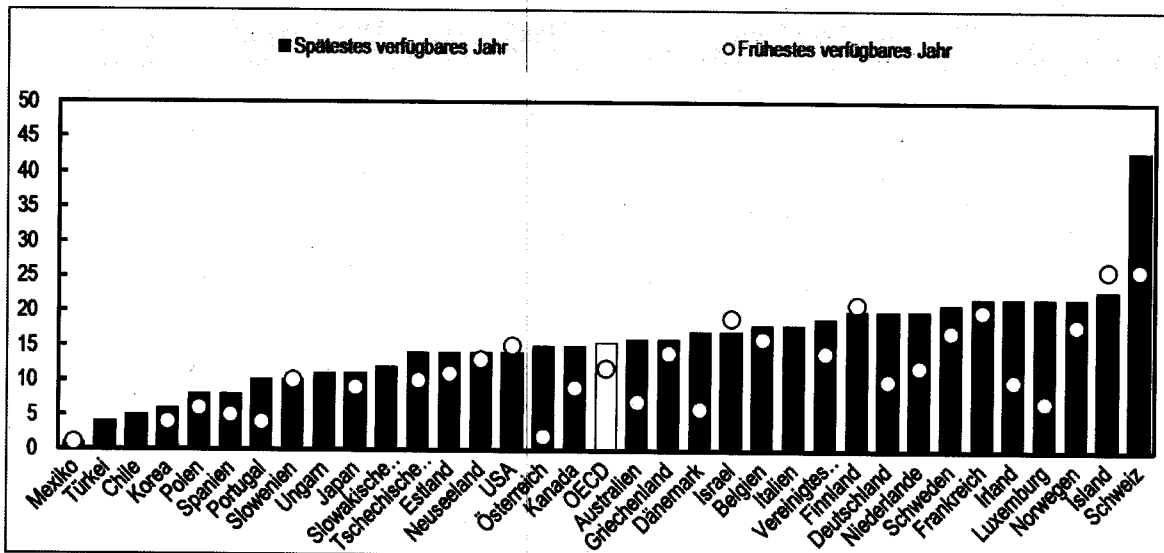


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

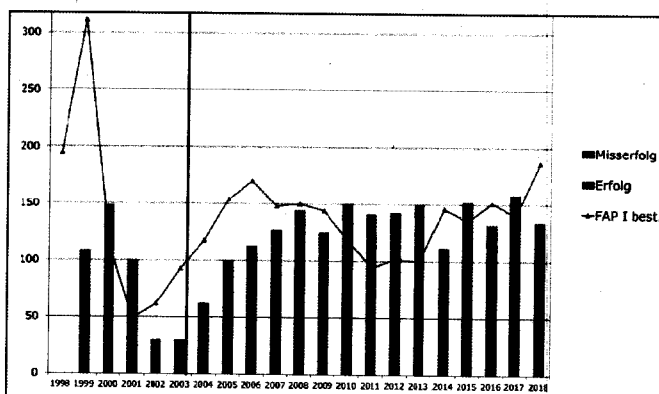


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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 Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztteststatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztteststatistik/fmh-aerztteststatistik.cfm#131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkatégorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

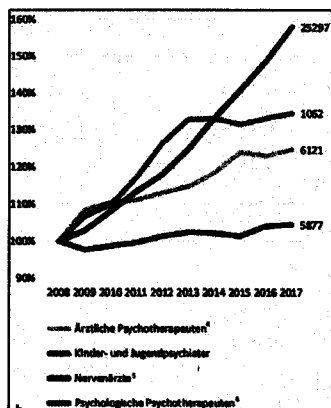


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

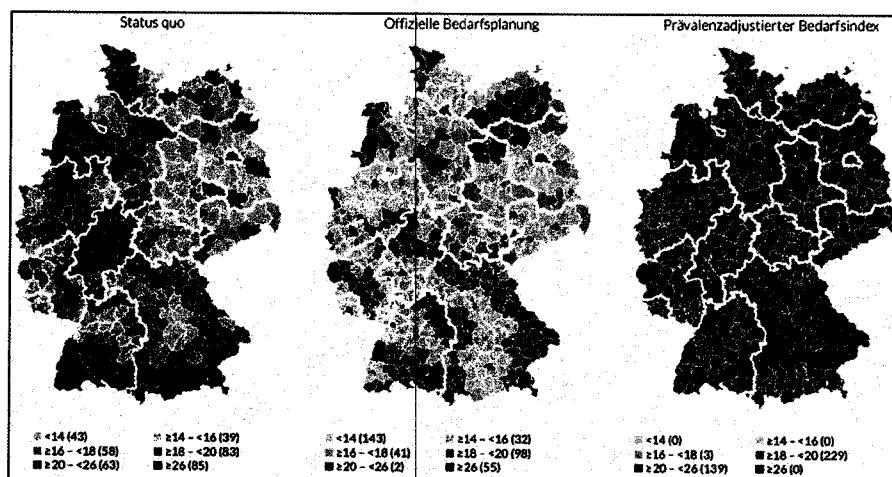


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/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 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.

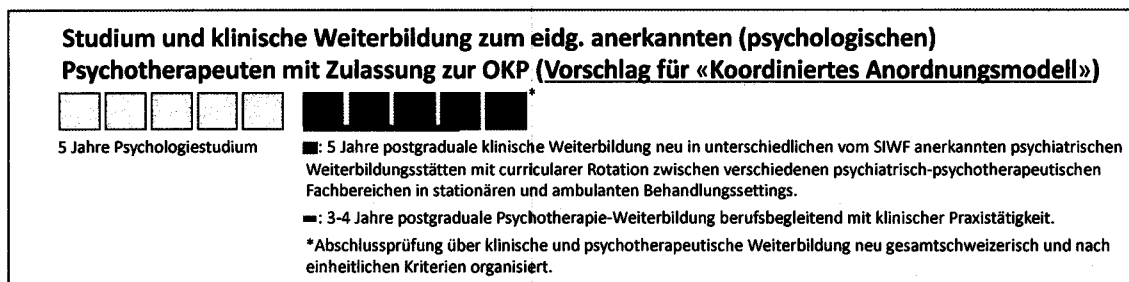


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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 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.

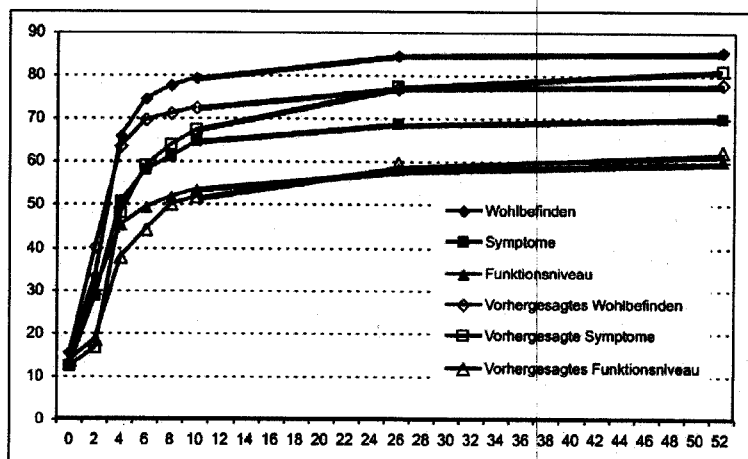


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch 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).

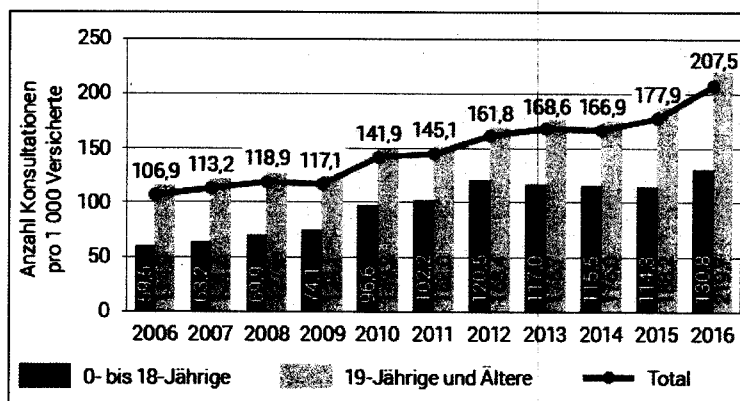


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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 : Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : ZGKJPP

Adresse : KJPP, z.Hd. Frau Lucie Rädler, Neumünsterallee 3, 8032 Zürich

Kontaktperson : Matthias Köster, Präsident / Sajiv Khanna, Vorstandsmitglied

Telefon : 043 499 26 26

E-Mail : sekretariat@zgkjpp.ch

Datum : 05.10.2019

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 **17.10.2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen

| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
|------------|--|
| ZGKJPP | Die ZGKJPP lehnt die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form ab. |
| | <p>Die Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie begrüsst es, dass der Bundesrat die psychotherapeutische Versorgung verbessern möchte. Insbesondere in unserem Fachbereich gibt es auch im Kanton Zürich für Kinder und Jugendliche eine Unterversorgung. Dies zeigt sich in langen Wartezeiten für eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen in vielen Teilen des Kantons. Dass künftig Psychologen und Psychologinnen direkt über die Grundversicherung abrechnen können, erscheint uns <u>deshalb insbesondere für Minderjährige</u> sinnvoll. Jedoch sehen wir in der aktuellen Vorlage des Bundesrates grosse Mängel, auf die wir im Folgenden eingehen werden.</p> <p>Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen, die Einfluss auf die Qualität der Arbeit haben, ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, vorgenommen wurden.</p> <p><i>Die ZGKJPP fordert eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i></p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| ZGKJPP | 50 | 1 | c | <p>Psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B).</p> <p>Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen.</p> <p>Da jedoch vor allem im Bereich von Menschen mit schwereren psychischen Störungen ein ausgeprägter Mangel besteht, begrüsst die Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie eine Verbesserung der klinischen Ausbildung von Psychologinnen und Psychologen. Allerdings erachten wir die Forderung von lediglich nur einem Jahr zusätzlicher klinischer Erfahrung als unzureichend. Nicht nachvollziehbar erachten wir die Forderung des Bundesrates, dass ein Teil der klinischen Ausbildung nach Erlangen des eidgenössischen Weiterbildungstitels zu erfolgen hat.</p> <p>FORDERUNG der ZGKJPP: Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich</p> | <p>...eine klinische Erfahrung von mindestens 4 Jahren, davon mindestens 2 Jahre in einer vom Schweizerischen Institut für Ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A. Die gesamten vier Jahre klinische Arbeit können bereits vor dem Erlangen des eidgenössischen Weiterbildungstitels erfolgen. Für die psychologische psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen muss ein spezifisches Weiterbildungscurriculum geschaffen werden (analog der Differenzierung der Facharzttitel in Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie).</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p><i>psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wir fordern eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung auf insgesamt mindestens vier Jahre (als 100% gerechnet), wovon mindestens zwei Jahre in einem stationären oder teilstationären Setting in einer psychiatrischen Institution zu absolvieren sind. Mindestens 2 Jahre sollten in einer SIWF-anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut) erfolgen. Aus unserer Sicht können die gesamten vier Jahre klinische Arbeit bereits vor dem Erlangen des eidgenössischen Weiterbildungstitels erfolgen.</i></p> <p>Die ZGKJPP geht davon aus, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen im Erwachsenenbereich mit eigener Praxis als Folge des neuen Anordnungsmodelles massiv ansteigen wird mit dem Risiko einer undifferenzierten Mengenausweitung. Im Kinder- und Jugendbereich sehen wir dieses Risiko deutlich kleiner, da hier die Diskrepanz zwischen Bedarf und mangelndem ambulanten Angebot doch erheblich ist und diesbezüglich eine Mengenausweitung durchaus erwünscht ist, zumal die Mehrheit der aktuell in Praxis arbeitenden Kinder- und Jugendpsychiater in den nächsten Jahren ins Pensionsalter kommen wird und sich ein klarer Nachwuchsmangel abzeichnet.</p> <p><i>Die ZGKJPP fordert, dass Bund und Kantone zur Kostenkontrolle Steuerungsinstrumente der psychologischen Praxen installiert, analog zur Zulassungssteuerung bei Arztpraxen.</i></p> <p>Die ZGKJPP unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|--------|--|--|--|--|---|
| ZGKJPP | | | | <p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Kinder und 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.</p> <p>Die ZGKJPP erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p> <p>Die ZGKJPP fordert: Wenn ein Psychotherapeut, eine Psychotherapeutin die neuen Kriterien für eine selbständige Tätigkeit im Anordnungsmodell nicht erfüllt, kann dieser / diese keine angeordnete Therapie durchführen. Aber die Möglichkeit der Delegation bleibt für diese Therapeuten im Sinne einer Besitzstandswahrung weiter bestehen.</p> <p>Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologische Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt, der anordnenden Ärztin liegt.</p> | <p>STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2</p> <p>Wenn ein Psychotherapeut, eine Psychotherapeutin die neuen Kriterien für eine selbständige Tätigkeit im Anordnungsmodell nicht erfüllt, kann dieser / diese keine angeordnete Therapie durchführen. Aber die Möglichkeit der Delegation bleibt für diese Therapeuten im Sinne einer Besitzstandswahrung weiter bestehen.</p> |
|--------|--|--|--|--|---|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 |
| ZGKJPP | 2, Abs. 1, Bst. b) | <p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unnötig.</p> <p>Die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater stellen eine Diagnose in erster Linie mittels klinischer Befunderhebung. Diese wird auch im Verlauf einer Behandlung mit allen Beteiligten (Kind/Jugendliche, Eltern, weitere relevante Bezugspersonen) regelmässig klinisch überprüft und nach Bedarf angepasst. Gegebenenfalls können abhängig von Krankheitsbildern zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.</p> <p>Die im Verordnungstext geforderte regelmässige Anwendung solcher Tests für jeden Patienten würde jedoch einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort in den Praxen finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine analoge Erfolgsdiagnostik im klinischen Praxisalltag gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht, aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit nur in der</p> | <p>STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche und die psychologische Psychotherapie</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Psychiatrie eingeführt und damit eine klare Diskriminierung psychisch Erkrankter gegenüber somatisch Erkrankten darstellen. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken. In der Forschung sind Verlaufserhebungen ein wichtiges Thema, für ein Routinemonitoring sind diese jedoch nicht praktikabel. Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbaren Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.</p> <p><i>Sinnvoll wäre die Förderung eines interdisziplinären Qualitätsdiskurs unter Einschluss der wichtigsten Stakeholder inkl. kinder- und jugendpsychiatrischen Vertretern, wie das Wissen um verbesserte Prozess-, Struktur- und Outcome-Methoden dezentral und unbürokratisch vermehrt zum Einsatz kommen können – sowohl unter der Ärzteschaft als auch in der Bevölkerung. Dies im Sinn von sowohl rechtlich notwendigem und therapeutisch sinnvollem Shared-Decision-Making (insbes. für Minderjährige) und schulenübergreifendem Qualitätsmanagement und unter Benutzung der allgemeinen Wirkfaktoren als mit wichtigsten Erfolgsfaktoren.</i></p> | |
|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 ZGKJPP fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche und die psychologische Psychotherapie gestrichen wird. | |
| ZGKJPP | Art. 3 | <p>Kostenübernahme</p> <p>Der Entscheid, die Psychotherapie auf 30 Sitzungen zu verkürzen, ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar.</p> <p>Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes bei allen Beteiligten (Leistungserbringer, Kasse, Patient) einher, verbunden mit einer entsprechend unsinnigen Kostensteigerung in diesem Bereich.</p> <p>Forderung der ZGKJPP: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche und die psychologische Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachegesuch!</p> <p>2. Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60' bei Einzeltherapien und von 105' auf 90' bei Gruppentherapien. Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht automatisch 60 Minuten.</p> <p>Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen, insbesondere Abklärung bei Kindern- und Jugendlichen, Verhaltenstherapeutische Exposition bei Ängsten und Zwängen, Psychotherapien mit Dolmetschern usw. werden im Falle einer Reduktion verunmöglicht oder massiv erschwert; es kommt somit zu gravierenden qualitativen Einbussen.</p> <p>Eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung bzw. 90' pro Gruppentherapie fehlt. Diese Verkürzung kommt der Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich.</p> | <p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 105 Minuten bei Gruppentherapien.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--------|----------------------|---|--|
| | | Forderung der ZGKJPP: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche und die psychologische Einzel-Psychotherapie bzw. 105 auf 90 Minuten für die Gruppen-Psychotherapie! | |
| ZGKJPP | Art. 11b, Bst. a. | <p>Wer kann anordnen?</p> <p>Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikationsstellung bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für 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.</p> <p>FORDERUNG der ZGKJPP: Die ZGKJPP verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können. Denkbar ist, dass Hausärzte und Gynäkologen die ersten 10 Stunden direkt anordnen können. Wenn nach diesen 10 Therapiestunden ein weiterer Therapiebedarf besteht, die weitere Anordnung durch Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis</p> | <p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und -psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis „Psychosomatische und psychosoziale Medizin“ (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und -psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis „Psychosomatische und psychosoziale Medizin“ (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis „Anordnung Psychotherapie“.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--------|-----------------------------------|--|--|
| | | <p>Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) zu erfolgen hat.</p> <p>FORDERUNG der ZGKJPP: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die ZGKJPP die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“.</p> | |
| ZGKJPP | Art. 11b, Abs. 4 und Abs. 5 | <p>Berichterstattung gegenüber der Krankenkasse: Die Verlaufsberichte nach 40 Stunden zu Händen der Krankenkasse müssen vom behandelnden Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin erstellt werden und nicht vom anordnenden Arzt. Der Antrag an die Krankenkasse erfolgt dann durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin. Der behandelnde Psychotherapeut bzw. Psychotherapeutin ist die einzige Person, welche im intensiven Austausch und Vertrauensverhältnis mit dem Kind oder Jugendlichen und dessen relevanten Bezugspersonen steht und so alle zur Verlaufsbeurteilung notwendigen Informationen wirklich bekommt. Es macht daher keinen Sinn, dass eine Drittperson über die Behandlung einen Bericht schreibt.</p> | Die Verlaufsberichte nach 40 Stunden zu Händen der Krankenkasse müssen vom behandelnden Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin erstellt werden. Der Antrag erfolgt dann durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| Weitere Vorschläge | | | |
|--------------------|------|---|--|
| Name/Firma | Art. | Bemerkung/Anregung | Textvorschlag |
| ZGKJPP | | <p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung eine viel zu lange Zeitspanne. Die Implementierung einer Begleitforschung ist zwingend!</p> <p>FORDERUNG der ZGKJPP: Die SGKJPP ist in die Evaluation und in eine zwingend zu implementierende Begleitforschung über die psychiatrische, biopsychosoziale Gesundheit der Minderjährigen über alle Regionen der Schweiz mit einzubeziehen.</p> | <p>Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung.</p> |
| ZGKJPP | | <p>I. ANZAHL ANORDNUNGEN PRO KRANKHEITSFALL</p> <p>Folgende Fragen sind ungeklärt: Wie viele aufeinanderfolgende Anordnungen wird eine Ärztin, ein Arzt bei der gleichen Patientin, beim gleichen Patienten veranlassen können? 3 Anordnungen entsprächen 45 Sitzungen, d.h. einem Behandlungszeitraum von ca. einem Jahr?</p> <p>Ist der Arzt, die Ärztin bereit, bei Notwendigkeit auch 10 oder mehr Anordnungen zu schreiben für dieselbe Patientin bzw. denselben Patienten, z.B. bei schweren und chronischen Störungen?</p> <p>Wirtschaftlichkeitskontrolle: Welche Auswirkungen hat die anordnende Ärztin / der anordnende Arzt zu gewärtigen, wenn sie / er im Vergleich zu Kolleginnen und Kollegen deutlich mehr</p> | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 anordnet, d.h. mehr Therapien und somit mehr Kosten veranlasst? | |
| ZGKJPP | | <p>II. AUSWIRKUNG DES ANORDNUNGSMODELLS FUER DIE PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPIE</p> <p>Aus den bisherigen Ausführungen sind verschiedene zukünftige Szenarien denkbar:</p> <p>Ohne Erhöhung der Anreize für die aufwendigere Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird sich die Unterversorgung in diesem Bereich nicht vermindern.</p> <p>Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist oftmals komplexer und zeitaufwendiger (Positionspapier der Expertengruppe Kinder- und Jugendmedizin „für eine qualitativ hochstehende Kinder- und Jugendmedizin in der Schweiz“ vom 9.9.2019). Dies sollte auch im Tarif abgebildet werden. Wir bitten Sie, dass Sie sich hierfür bei der Revision der Tarife einsetzen werden. Ansonsten wird die Unterversorgung trotz der Mengenausweitung im Bereich der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen weiterbestehen. Auch bitten wir darum, dass interdisziplinäres, kollaboratives Arbeiten zwischen psychologischen Therapeuten und (Kinder- und Jugend-)Psychiatern und – Psychiaterinnen mit Anreizen auch im Anordnungsmodell befördert werden. Ein funktionierendes Netzwerk ist ein bekannter Erfolgsfaktor, im Psychotherapieforschungsbereich allgemein und bei Kindern ganz besonders!</p> | |
| ZGKJPP | | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen</p> | <p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Möglichkeit der Delegation bleibt für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, die bisher in Delegation gearbeitet haben, im Sinne einer</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--------|--|---|--------------------------------------|
| | | dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen. | Besitzstandswahrung weiter bestehen. |
| ZGKJPP | | Weitere Bemerkung: Grundsätzlich begrüssen wir, wenn für die minderjährigen und jungerwachsenen Patienten besondere Anstrengung der Früherkennung und -behandlung unternommen werden und der Grundsatz ambulant vor stationär konsequent verfolgt wird bei gleichzeitigem Beachten einer sinnvollen Personalbesetzung in kinder- und erwachsenenpsychiatrischen Kliniken, schon allein, um den Patientenrechten Rechnung zu tragen. | |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : ZGPP

Adresse : c/o Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich, Nordstrasse 15, 8006 Zürich

Kontaktperson : Dr. med. Rosilla Bachmann Heinzer / Dr. med. Ruedi Schweizer

Telefon : Sekretariat: 044 396 61 96

E-Mail : sekretariat@zgpp.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**

Allgemeine Bemerkungen

| Name/Firma | Bemerkung/Anregung |
|-------------|---|
| ZGPP | <p>Zusammenfassung</p> <p>Die Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie bekennt sich zu einer starken, qualitativ hochwertigen, für Betroffene niederschwellig zugänglichen Psychotherapie, als Teil einer integrierten psychiatrischen Versorgung. Sie anerkennt dabei die wichtige Rolle der psychologischen Psychotherapie und die Arbeit der dazu berechtigten, eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten. Sie ist überzeugt, dass eine Psychiatrie mit interprofessionell ausgerichteter Arbeitsweise und entsprechender Grundhaltung seiner Protagonisten eine moderne psychiatrische Versorgung auf hohem qualitativem Niveau ermöglicht. Sie begrüsst es auch, dass das in seiner bisherigen Form nicht mehr zeitgemässe Modell der Delegation eine Anpassung erfahren soll.</p> <p>Die Gelegenheit, solche Anpassungen vorzunehmen, sollte nun genutzt werden, um das erwähnte interprofessionelle Versorgungsmodell zu stärken. Keinesfalls aber dürfen gesetzliche Anpassungen die Qualitäten der bisherigen Psychiatrie und Psychotherapie mindern. Dies gilt einerseits für die Arbeit von uns Psychiatern. Die ZGPP lehnt Modelle, die unsere Arbeitsweise, unsere Gestaltungsmöglichkeiten in Diagnostik und Therapie sowie unsere tarifarische Abgeltung in irgendeiner Weise limitieren, dezidiert ab. Ebenso entschieden lehnen wir Vorschläge ab, welche die Qualität der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten in irgendeiner Weise mindern. Sei es durch neue gesetzliche Limitationen oder durch ungenügende Erfahrung der Behandler.</p> <p>Die ZGPP ist der Überzeugung, dass unter Berücksichtigung von vier inhaltlichen Kriterien ein für Patienten und beide psychotherapeutischen Berufsgruppen gewinnbringendes Modell umgesetzt werden kann:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Voraussetzungen ärztlicher (nicht delegierter) Psychotherapie bleiben unverändert. 2. In der psychologischen Psychotherapie werden keine qualitätsbehindernden Limitationen eingeführt. 3. Ärzte, welche psychologische Psychotherapien anordnen, verfügen über eine hierfür qualifizierende Weiterbildung. 4. Psychologische Psychotherapeuten, die über die Grundversicherung abrechnen, verfügen über eine definierte klinische Erfahrung, die zur Diagnose und psychotherapeutischen Behandlung sämtlicher psychischer Störungsbilder berechtigen. |
| ZGPP | <p>Psychiatrie und Psychotherapie stärken</p> <p>Wir unterstützen grundsätzlich die Bestrebung, das langjährige Provisorium des Delegationssystems zu ersetzen durch ein zeitgemässes Modell.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|-------------|---|
| | <p>Wir meinen, dass durch die Integration einer hochwertigen psychologischen Psychotherapie in die Psychiatrie & Psychotherapie unser Fachgebiet nicht geschwächt, sondern vielmehr gestärkt werden kann. Wir möchten diese Chance wahrnehmen, um die Psychiatrie als integratives, interprofessionelles und biopsychosozial ausgerichtetes Fachgebiet sowohl in der Öffentlichkeit als auch innerhalb des Gesundheitswesens besser zu positionieren. Noch immer werden psychische Störungen stigmatisiert, nachgewiesenermassen zu spät entdeckt (auch von medizinischen Grundversorgern) und zu selten richtig behandelt. Wir sprechen uns für eine qualitativ hochwertige, inhaltlich und strukturell gut sichtbare, niederschwellig zugängliche, menschenwürdige und patientenzentrierte Psychiatrie aus.</p> |
| ZGPP | <p>Interprofessionalität statt Konkurrenz</p> <p>Wir bedauern es, dass die polemische, emotional geführte Debatte in den Medien den Anschein erwecken mag, dass die Berufsgruppen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten diametral entgegengesetzte Interessen hätten.</p> <p>Eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ist ein herausragendes Qualitätsmerkmal der Schweizer Psychiatrie, das in den letzten Jahren noch weiter an Bedeutung gewonnen hat. Gerade in Institutionen leisten Psychologen einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung von psychisch kranken Menschen. Aber auch im Rahmen des Praxisbetriebs zeigen individuell ausgearbeitete Delegationsmodelle, dass die vernetzte Art zu arbeiten für Psychiater und Psychologen eine im besten Sinne unspektakuläre Selbstverständlichkeit darstellt.</p> <p>Wir warnen davor, dass Verordnungsanpassungen, welche die Separation der beiden Berufsgruppen fördern, zu einer ungesunden Konkurrenzierung führen, was für die interprofessionelle Gesundheitsversorgung und damit für die betroffenen Patienten weitreichende negative Folgen hätte.</p> <p>Das neue Modell muss Interprofessionalität fördern. Bei der Umsetzung des vorliegenden Vernehmlassungsentwurfs besteht die Gefahr, dass sich die Qualität und Häufigkeit des fachlichen Austausch zwischen dem anordnenden Arzt und dem psychologischen Psychotherapeuten verschlechtert, weil den anordnenden Ärzten – entgegen dem bisherigen Modell – das psychotherapeutische Know-How und die entsprechende Grundhaltung fehlt.</p> |
| ZGPP | <p>Echte Verbesserung der Verfügbarkeit durch Integration statt Auslagerung</p> <p>Die Verordnungsanpassung muss die niederschwellige Verfügbarkeit integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen gewährleisten, namentlich für Menschen mit komplexen und schweren Krankheitsbildern.</p> <p>Psychotherapie ist eine wissenschaftlich fundierte Massnahme innerhalb des umfassenden diagnostischen und therapeutischen Spektrums der medizinischen Disziplin der Psychiatrie. Letztere wird als Integration psychotherapeutischer, biologischer (z.B. medikamentöser) und sozialer Ansätze betrieben. Der in der Schweiz traditionell als Doppeltitel vergebene «Facharzt für Psychiatrie <i>und</i> Psychotherapie» widerspiegelt diesen integralen medizinischen Ansatz, der sich zum Teil massgeblich von der Versorgung und den Weiterbildungsstrukturen des umliegenden Auslands unterscheidet¹.</p> |

¹Jäggi, J, Künzi K, deWijn, N, Stocker, D. BASS, Schlussbericht; Vergleich der Tätigkeiten von PsychiaterInnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland. 9. März 2017

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|-------------|--|
| | <p>Offenbar schätzt auch die Bevölkerung diese ganzheitlich orientierte Medizin. So nehmen bei einem psychischen Problem 42% der Betroffenen direkt bei einem Psychiater eine Behandlung in Anspruch². Es ist auch anzunehmen, dass die Methodenintegration ökonomisch Sinn macht.</p> <p>Dieser ganzheitliche Ansatz ist gefährdet, wenn psychologischen Psychotherapeuten Patientenzuweisungen spezifischer Störungsbilder erhalten bzw. Behandlungen aufgrund der Akuität, der Komplexität oder des Schweregrades des Krankheitsbildes abgelehnt werden. Dies führt dazu, dass Psychiater einseitig die schwer kranken, therapieresistenten, medikamentenbedürftigen Patienten betreuen werden. Behandlungsplätze für solche Menschen würden rar und die Psychiatrie eine weitere Stigmatisierung erfahren («nur wer schwer krank ist, muss zum Psychiater»).</p> |
| ZGPP | <p>Hohe Behandlungsqualität</p> <p>Eine nicht delegierte, selbständige Tätigkeit mit Eigenverantwortung für Patienten mit komplexen, multifaktoriellen psychischen Störungen verlangt nach einer definierten, praktisch ausgerichteten Weiterbildung. Wir schlagen eine postgraduale Tätigkeit insbesondere in Institutionen der Akutversorgung und der stationären Psychiatrie vor. Diese von uns verlangten Kriterien werden bereits jetzt von sehr vielen psychologischen Psychotherapeuten erfüllt, sind jedoch noch nicht standardisiert. Die Vorgaben des PsyG sind bezüglich praktischer Erfahrung unzureichend.</p> <p>Die Indikationsstellung für eine Psychotherapie erfordert entsprechende Kenntnisse, wie sie Psychiater, aber auch psychologische Psychotherapeuten selber in ihrer langjährigen Weiterbildung erwerben. Oft wird die Indikationsstellung zu einer Therapie sogar als Teil des Therapieprozesses aufgefasst. Dieser erste Schritt einer Psychotherapie muss weiterhin qualitativ höchsten Ansprüchen genügen. Anordnende Ärzte sollen sich auch während des Therapieprozesses im Sinne der oben erwähnten Interprofessionalität mit psychologischen Psychotherapeuten absprechen müssen. Dies gilt auch für die geforderte Berichterstattung an die Vertrauensärzte. Beides erfordert psychotherapeutische Grundkenntnisse, eine gemeinsame Sprache und eine entsprechende Grundhaltung. Wir fordern, dass diese qualitativen Mindestanforderungen an die Weiterbildung anordnender Ärzte in den anzupassenden Verordnungen ihren Niederschlag finden.</p> <p>Selbstredend darf die Qualität der ärztlich durchgeführten Psychotherapie in keiner Weise beeinträchtigt werden. Jedwelche Veränderungsvorschläge, die inhaltliche Aspekte oder das Behandlungssetting von Psychiatern betreffen, lehnen wir entschieden ab.</p> |
| ZGPP | <p>Problematische Gleichschaltung der ärztlichen mit der psychologischen Psychotherapie im Gesetz</p> <p>Anpassungen der beiden Verordnungen dürfen sich aus zwei Gründen ausschliesslich auf die psychologische und nicht auf die ärztliche Psychotherapie beziehen. Wir lehnen sämtliche Veränderungsvorschläge, die sich auf die ärztliche Psychotherapie beziehen dezidiert ab.</p> <p>Erstens sind die Rahmenbedingungen der <i>ärztlichen</i> Psychotherapie nicht Gegenstand dieser Vernehmlassung und sollen allein schon deshalb unangetastet bleiben. Es geht bei dieser Ordnungsrevision um die Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeuten, die (analog der</p> |

² Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (a.a.O.)

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|-------------|--|
| | <p>Physiotherapeuten, Hebammen, etc.) Zugang zur Grundversicherung erhalten sollen. Die Anpassung hat aber nichts mit ärztlichen, auch nicht psychiatrischen Leistungen zu tun.</p> <p>Zweitens erachten wir einen direkten Vergleich der psychologischen Psychotherapie mit der Arbeit eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie als problematisch. Die methodenpluralistische und medizinisch ausgestaltete Aus- und Weiterbildung psychiatrischer Ärzte ermöglicht die weiter oben erwähnte integrative Vorgehensweise in Personalunion. Die ärztliche Psychotherapie ist als integraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit eines Psychiaters zu verstehen. Sie kann nicht isoliert von anderen Teilaspekten unserer Arbeit betrachtet und somit auch nicht direkt mit der psychologischen Psychotherapie verglichen werden.</p> |
| ZGPP | <p>Falsche Versprechen</p> <p>Das im Begleitschreiben des EDI aufgeführte Argument, das Anordnungsmodell löse die Probleme der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, imponiert primär als politisch motivierte Behauptung. Die seit vielen Jahren bestehende Problematik nicht kostendeckender Tarife für ambulante Leistungen, die fehlenden Intermediärangebote, die ausbleibende tarifarische Differenzierung für die Behandlung komplexer Patienten sind nur ein paar Beispiele, die auch nach Umsetzung des Anordnungsmodells einer Lösung harren. Die Berufsgruppe der Psychiater mit ihren nationalen und kantonalen Verbänden weist seit Jahren auf diese Missstände hin, die vorgeschlagenen Massnahmen werden von der Politik konsequent ignoriert.</p> <p>Die Notfallversorgung der Bevölkerung wird wie bisher erfolgreich durch die Psychiater gewährleistet werden –hier ist keine Verbesserung zu erwarten, zumal psychologische Psychotherapeuten gesetzlich nicht zur Notfalldienstleistung berechtigt sind und auch in ärztlicher Hinsicht gar nicht dazu ausgebildet sind.</p> |

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

durchgestrichen = zu löschen; **rot** = neu hinzuzufügen

| Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) | | | | | |
|--|------|------|------|--|---|
| Name/Firma | Art. | Abs. | Bst. | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) |
| ZGPP | 50c | 1 | c | <p>Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten</p> <p>Die im Entwurf skizzierte Kombination der vom Psychologengesetz (PsyG) vorgeschriebenen 2 Jahre Weiterbildung mit 1 Jahr Mehrererfahrung ist zu ersetzen durch eine weitergehende Weiterbildung, die folgende Elemente umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 2 Jahre postgraduale Weiterbildung sowie strukturierte Psychotherapieweiterbildung entsprechend den Anforderungen des PsyG mit Erwerb des Titels eines <i>eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten</i>. • zusätzlich mindestens 2 Jahre Anstellung in einer Institution, die das Schweizer Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) als Weiterbildungsstätten Kategorie A oder B für die Facharztweiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie klassiert. Diese Weiterbildungszeit kann auch innerhalb der Psychotherapieweiterbildungsperiode (vor dem Erwerb des Titels «eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut») absolviert werden. • davon mindestens je 1 Jahr Akutpsychiatrie und 1 Jahr stationäre Psychiatrie <p>Das Psychologengesetz fordert als Minimalstandard lediglich 2 Jahre Tätigkeit in einer Einrichtung der psychosozialen Versorgung, davon 1 Jahr in einer nicht weiter spezifizierten Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung. Das</p> | <p>Änderung/Streichung: «nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von insgesamt 4842 Monaten, davon mindestens 24 Monate in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung welche die Kriterien der SIWF Kat. A oder B für die Weiterbildung zum Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie erfüllt. eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Davon müssen mindestens 1 Jahr auf einer stationären Abteilung und mindestens 1 Jahr in einem akutpsychiatrischen Setting erfolgen. Sämtliche Weiterbildungszeit kann auch vor Abschluss des «eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten» erfolgen.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|-------------|-----------|------------------------|--|--|---|
| | | | | <p>nach dem Erwerb des Fachtitels vor geschlagene Zusatzjahr erweitert die Weiterbildungszeit auf 3 Jahre, wovon lediglich 1 Jahr in einer definierten Institution analog den SIWF Kategorien A oder B zu absolvieren sind. Gegenüber den Vorgaben für ärztliche Psychotherapeuten (6 Jahre klinische Erfahrung, davon 1 Jahr fachfremde Erfahrung und optional maximal 1 Jahr Forschungstätigkeit) ist dies deutlich weniger. Die vorgeschlagenen Minimalstandards erlauben keine genügende Qualitätssicherung für betroffene Patienten und sind deshalb zu verschärfen.</p> <p>Für eine weitgehend selbständige Tätigkeit als Psychotherapeut sind inhaltliche Kenntnisse zu garantieren in der Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>sämtlichen</i> psychiatrischen Krankheitsbildern (breites Spektrum) • <i>schweren</i> psychiatrischen Krankheitsbildern (bspw. Schizophrenie, bipolare Störungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen) • <i>akuten</i> psychiatrischen Krankheitsbildern wie Delirien, akute psychotischen Zustände etc. • Notfallpsychiatrischen Störungsbildern • suizidalen Zuständen • somatischen Aspekten psychischer Störungen • psychischen Aspekten körperlichen Krankseins inklusive neuropsychiatrischer Störungen | |
| ZGPP | II | 1 und 2 | | <p>Übergangsbestimmungen zu Art. 50c Absatz 1 und 2</p> <p>Die Qualitätsansprüche aus Versorgungs- und Patientensicht gelten unabhängig davon, wie lange ein psychologischer Psychotherapeut</p> | <p>Streichung Absatz 1 und 2</p> <p>[neu:] Psychologische Psychotherapeuten, welche die Anforderungen gemäss KVV nicht erfüllen (z.B.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>schon praktiziert. Das PsyG ist erst seit 2018 definitiv in Kraft. Durch diverse Übergangsbestimmungen in der Vergangenheit arbeiten aktuell Psychotherapeuten, die weder über ein Psychologiestudium noch über genügend klinische Erfahrung verfügen. Aktuell werden diese von einem gut ausgebildeten Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie (bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eng betreut. Dieser trägt bislang die Schlussverantwortung für die korrekte medizinische Betreuung der Patienten. Mit der Übergangsbestimmung werden die Patienten durch ungenügend qualifizierte Psychotherapeuten behandelt. Diesen Psychotherapeuten muss es weiterhin möglich bleiben, in einem Angestelltenverhältnis bei einem Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit einem Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie weiterzuarbeiten.</p> <p>→ Wir lehnen die unhinterfragte Übernahme für bisher ungenügend qualifizierte Psychotherapeuten in das neue Anordnungsmodell ab und plädieren stattdessen dafür, dass Psychologen, die die Kriterien für die Weiterbildung gemäss unserem Vorschlag nicht erfüllen, im Sinne einer Besitzstandswahrung weiterhin im Delegationsmodell (und somit Angestelltenverhältnis) tätig sein können.</p> | <p>Psychologen in Weiterbildung), können weiterhin im Delegations- (= Angestelltenverhältnis) tätig sein (in Praxen oder Institutionen).</p> |
|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 |
|------------|-------------------|---|--|
| ZGPP | Art. 2 Abs. 1b | <p>Keine zusätzlichen Limitationen für ärztliche Psychotherapie!: Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Es bleibt uns unklar, warum die breit akzeptierte ärztliche Psychotherapie weiterhin in einer Leistungsverordnung legitimiert und limitiert werden muss. Gemäss Art. 33 Abs. c. der KVV sind «die neuen oder umstrittenen Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich in Abklärung befinden» Grund für eine separate Regelung der Leistungspflicht. Dies ist bei der Psychotherapie mitnichten der Fall. In mehreren Studien inklusive Metaanalysen konnte die Psychotherapie hohe Effektstärken erzielen, teilweise deutlich höher als manche, etablierte somatische Behandlungsmethoden. Wir plädieren dafür, dass die Psychiater, so wie andere Ärzte, ihre Therapien nach WZW Kriterien indizieren und bezüglich Verfahren, Dosierung und Therapiedauer individuell auf ihre Patienten ausrichten können.</p> <p>Die vorgeschlagenen Anpassungen bedeuten eine massive Beschneidung unserer ärztlich-psychiatrischen Tätigkeit und zudem einen Eingriff in unsere Tarifstruktur (Tarmed) quasi «durch die Hintertür» und ohne Rücksprache mit uns als Tarifpartner!</p> <p>Sowohl die Begrenzung der Sitzungsdauer, die psychometrische Erfassung der Patienten, als auch die Begrenzung der Therapiedauer sind unhaltbare Eingriffe in die Indikations- und Behandlungskompetenz aller Psychotherapeuten. Sowohl ärztliche wie auch psychologische Psychotherapeuten sind aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz in der Lage, ein psychotherapeutisches Behandlungssetting nach WZW Kriterien festzulegen.</p> <p>Weder die maximale Sitzungsdauer von 60 Minuten noch die Kürzung der initialen Therapiedauer auf 30 Stunden sind inhaltlich nachvollziehbar und erscheinen völlig willkürlich und realitätsfremd. Gerade in neueren, evidenzbasierten Verfahren der sogenannten «dritten Welle», aber auch bei</p> | <p>Streichung Art. 2</p> <p>(oder mindestens: Streichung Art. 2, Abs. 1 b.)</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Expositionen in vivo im Rahmen einer Verhaltenstherapie sind wesentlich längere Sitzung üblich. Zahlreiche Patienten der Psychiatrie sind chronisch kranke Menschen und bedürfen – entgegen der Behauptung im Begleitschreiben des EDI – lebenslanger psychotherapeutischer Begleitung, analog einem Diabetespatienten, der auch nach 30 Insulin-Applikationen weiterhin auf diese Therapie angewiesen ist.</p> <p>Die Einführung «validierter Instrumente» lässt die Frage offen, was hier überhaupt gemeint ist. Psychometrische Instrumente dienen im Rahmen einer multimodalen Therapie allenfalls der Zusatzdokumentation und Verlaufsdokumentation, sind aber für sich alleine genommen nicht aussagekräftig, wie grosse Validierungsuntersuchungen zu den Instrumenten an sich, aber auch die mannigfachen Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Versuch einer quantifizierbaren Qualitätssicherung für psychiatrische Institutionen in den vergangenen Jahren gezeigt haben (ANQ etc.). Es geht nicht an, dass die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Arbeit mittels insuffizienter Instrumente dokumentiert und dabei «Erfolge» allein anhand dieser Psychometrieresultate beurteilt werden. Eine gute Diagnostik wird auch heute noch vor allem auf Grund des klinischen Erscheinungsbildes und des Verlaufes gestellt. Die gilt in der Psychiatrie genauso wie in vielen anderen medizinischen Disziplinen. Es gibt in der aktuellen KLV keinen einzigen Artikel, der eine metrische Erfassung für eine andere medizinische Disziplin mit ihren jeweiligen Methoden fordern würde. Es ist uns unverständlich, weshalb dies gerade in der bezüglich WZW Kriterien unumstrittenen Psychotherapie der Fall sein soll.</p> <p>Zudem lässt der Verordnungstext völlig offen, zu welchem Zweck die Daten erhoben werden, wem die Daten zur Verfügung gestellt werden, was mit ihnen geschehen soll, wo sie gespeichert werden und welche Handlungsintentionen daraus resultieren. Fragen des Datenschutzes, des enormen administrativen Mehraufwandes (mit Kostenfolgen!) und der missbräuchlichen «Qualitätssicherung» durch die Kostenträger bleiben unbeantwortet. Bei Letzterer würde sich beispielsweise ein Vergleich zwischen den einzelnen Psychotherapeuten anbieten, nach der simplizistischen Formel: «je grösser der</p> | |
|--|--|---|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|-------------|----------------------|--|--|
| | | Unterschied zwischen <i>Vorher</i> und <i>Nachher</i> in der Psychometrie, desto besser der Psychotherapeut». | |
| ZGPP | Art. 3 | Keine zusätzlichen Limitationen für ärztliche Psychotherapie!: Zeitdauer 60min/Sitzung bzw. 90min/Gruppensitzung Begründung vgl. oben | Streichung Art. 3 |
| ZGPP | Art. 3 | Keine zusätzlichen Limitationen für ärztliche Psychotherapie!: maximale Anzahl Sitzungen: Reduktion von 40 auf 30 Begründung vgl. oben | Streichung Art. 3 |
| ZGPP | Art. 11b, Abs. 1 | Limitationen in der psychologischen Psychotherapie Die Beschreibung der psychologischen Psychotherapie muss gesondert und abschliessend im Artikel 11b. beschrieben werden. Limitationen innerhalb der KLV sind sowohl für ärztliche wie auch für psychologische Psychotherapeuten abzulehnen. Sollten dennoch Limitationen aufgrund drohender Mengenausweitung nötig sein, sind diese in den tarifarischen Regelwerken zu deklarieren. | Anpassung/Streichung: «Die Kosten werden übernommen, wenn die Leistungen die Grundsätze nach Artikel 2 einhalten und wie folgt erbracht werden:...» |
| ZGPP | Art. 11b, Abs 2 | Limitationen in der psychologischen Psychotherapie: Limitierte Sitzungsdauer Begründung vgl. oben | Anpassung/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. |
| ZGPP | Art. 11b, Abs. 5 | Limitationen in der psychologischen Psychotherapie: Limitierte Anzahl Sitzungen Begründung vgl. oben | Streichung Art. 11b, Abs. 5 |
| ZGPP | Art. 11b, Abs. 1 a.) | Qualität der anordnenden Ärzte | Anpassung/Streichung: «...auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|------|----------------------|--|--|
| | | <p>Die Indikationsstellung einer spezifischen Therapie (wie die Psychotherapie) verlangt gewisse Grundkenntnisse, die vom anordnenden Arzt eingefordert werden können. Das Medizinstudium beschäftigt sich praktisch nicht mit der Psychotherapie, so dass Grundversorger oder Fachärzte ohne postgraduale Erfahrung in Psychiatrie & Psychotherapie ungenügend auf diese Aufgabe vorbereitet sind. Zudem verlangt der Austausch mit dem psychologischen Psychotherapeuten eine gemeinsame Sprache und Grundhaltung, die sich von der somatischen Medizin doch beträchtlich unterscheiden kann.</p> <p>Neu geschaffen werden soll ein Qualifikationsnachweis «Anordnung für psychologische Psychotherapie» (z.B. im Sinne eines Fähigkeitsausweises oder eines nachgewiesenen Weiterbildungskurses), deren Inhaber ebenfalls zur Anordnung psychologischer Psychotherapien berechtigt sind. Alle eidgenössischen Fachärzte können diesen Fähigkeitsausweis erwerben. Die Inhalte einer solchen Qualifizierungsdeklaration müssten noch definiert werden. Gegebenenfalls können auch klinische Erfahrungen angerechnet werden, die sich Nicht-Psychiater im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie angeeignet haben. Titelträger des Fähigkeitsausweises «Delegierte Psychotherapie FMPP» erhalten ihn automatisch im Sinne einer Umwandlung des bisherigen, in Zukunft gegenstandslosen Fähigkeitsausweises.</p> | <p>Allgemeiner Innerer Medizin, einschliesslich dem alt-rechtlichen Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin, in Neurologie, in Gynäkologie und Geburtshilfe, in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie, 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.»</p> <p>[neu]: Es wird ein Weiterbildungscurriculum mit Attestierung geschaffen, dessen erfolgreiche Absolvierung auch andere Fachärzte berechtigt, psychologische Psychotherapie anzuordnen.</p> <p>[neu]: Bisherige Titelträger «Delegierte Psychotherapie» erhalten dieses Attest im Sinne einer Besitzstandswahrung automatisch.</p> |
| ZGPP | Art. 11b, Abs. 1 b.) | <p>Sonderfall Krisenintervention</p> <p>Die Idee der vereinfachten Anordnung einer Krisenintervention zeugt von wenig Praxisbezug und entspringt der trivialen Vorstellung, dass Patienten mit «schweren somatischen Erkrankungen», die an einer «Neudiagnose» (Definition?) und zeitgleich an einer «lebensbedrohlichen Situation» (Definition?) besonders schwer oder akut psychisch leiden würden. Diese Vermutung hält aber keiner inhaltlichen Prüfung stand. So sind beispielsweise Onkologiepatienten gerade in <i>nicht akut</i> lebensbedrohlichen Situationen (z.B. nach Abschluss der Therapie) nachweislich am stärksten belastet.</p> <p>Es ist aus Patientenperspektive auch kritisch zu fragen, warum Krisenpatienten, die den vorgeschlagenen Kriterien genügen, eher Anspruch auf eine</p> | <p>Streichung Art. 11, Abs. 1 b.)</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|-------------|------------------|--|---|
| | | <p>niederschwellige, rasch verfügbare Therapie haben sollten und Patienten mit schwereren Störungen (z.B. eine monatelang unbehandelte Depression) den komplexeren Weg beschreiten müssen, ehe sie zu einem psychologischen Psychotherapeuten zugelassen werden.</p> <p>Krisen- und Notfallsituationen werden durch psychiatrische Fachärzte (inklusive psychiatrischer Institutionen) aufgrund ihres Versorgungsauftrags, der gesetzlichen Grundlagen (Beteiligung am obligatorischen Notfalldienst, Fürsorgerische Unterbringungen) und ihrer fachlichen Voraussetzungen seit jeher gut abgedeckt, so dass diesbezüglich keine Massnahmen getroffen werden müssen.</p> <p>→ Die Anordnung einer Krisenintervention oder Kurztherapie à maximal 10 Sitzungen für Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose einer lebensbedrohlichen Situation durch sämtliche Fachärzte ist gänzlich zu streichen (Art. 11 b.)</p> | |
| ZGPP | Art. 11b, Abs. 5 | <p>Bericht an die Versicherung</p> <p>Psychologische Psychotherapeuten sind per definitionem Fachpersonen für Psychotherapie und und bei entsprechender Standardisierung vollends qualifiziert, für den Vertrauensarzt einen Bericht zu erstellen. Idealerweise erfolgt im Vorfeld ein interprofessioneller Austausch mit dem anordnenden Arzt.</p> <p>→ Anstelle des «anordnenden Arzt» (Vorschlag KLV 11 b.) meinen wir, dass die Berichterstattung durch die behandelnden psychologischen Psychotherapeuten erfolgen sollte.</p> | Streichung Art. 11b, Abs. 5 |
| ZGPP | Art. 11b, | <p>Psychologen in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. Psychologen ohne Nachweis der Weiterbildungsanforderungen gemäss KVV</p> <p>Um Psychologen, die sich in Weiterbildung zu Psychotherapeuten befinden oder aus anderen Gründen die von uns vorgeschlagenen Weiterbildungsanforderungen zur Abrechnung via Grundversicherungen nicht erfüllen, wie bisher entsprechende Anstellungen zu ermöglichen, muss ausserhalb des Anordnungsmodells eine rechtliche Grundlage dafür fort</p> | <p>Ergänzung Art. 11b.):</p> <p>[neu:] Delegierte Psychotherapien werden von der Grundversicherung weiterhin vergütet, wenn psychologische Psychotherapeuten im Anstellungsverhältnis die Voraussetzungen zur selbständigen Abrechnung gemäss KVV nicht</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | |
|------|----|---|--|
| | | <p>bestehen. Dies gilt auch aus Sicht psychiatrischer Institutionen, die in der Versorgung seit Jahren auf psychologische Psychotherapeuten angewiesen sind, auch wenn diese noch nicht die Bedingungen erfüllen, um gegenüber der Grundversicherung abzurechnen.</p> <p>→ Wir schlagen vor, für angehende psychologischen Psychotherapeuten das Delegationsmodell zu belassen. Konsequenterweise muss das Kapitel 02.02 “nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie” im TARMED (und den Nachfolgetarifen) verbleiben.</p> | <p>oder noch nicht erfüllen. Dies gilt insbesondere für Psychologen in Weiterbildung.</p> |
| ZGPP | II | <p>Übergangsbestimmungen</p> <p>12 Monate sind zu kurz, um das seit Jahrzehnten praktizierte Delegationsmodell vor allem auch in Praxen in ein Anordnungsmodell zu überführen. Zudem müssen bisher ungenügend qualifizierte psychologische Psychotherapeuten genügend Zeit haben, um die von uns veranschlagten Weiterbildungskriterien (vgl. 3.2.1.) zu erfüllen.</p> <p>→ Die Übergangsfrist, in denen weiterhin delegierte Psychotherapien möglich sind, ist auf 3 Jahre zu verlängern.</p> | <p>Anpassung/Streichung: «Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis 42 36 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum)».</p> <p>[neu]: Danach gelten die Bestimmungen der KLV, inklusive ihrer Ausnahmeregelungen betr. delegierter Psychotherapie im Art. 11. b.(vgl. oben unter <i>Psychologen in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. Psychologen ohne Nachweis der Weiterbildungsanforderungen gemäss KVV</i>)</p> |

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-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.

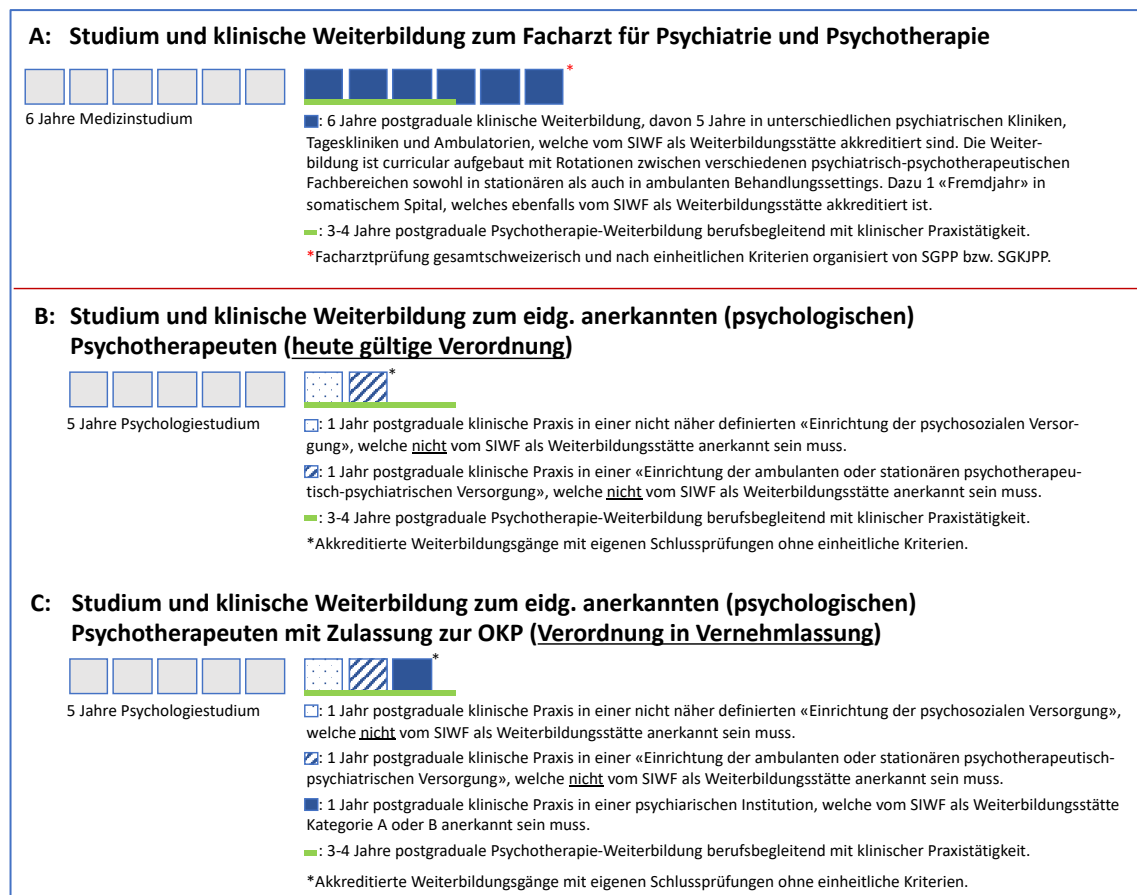


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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).

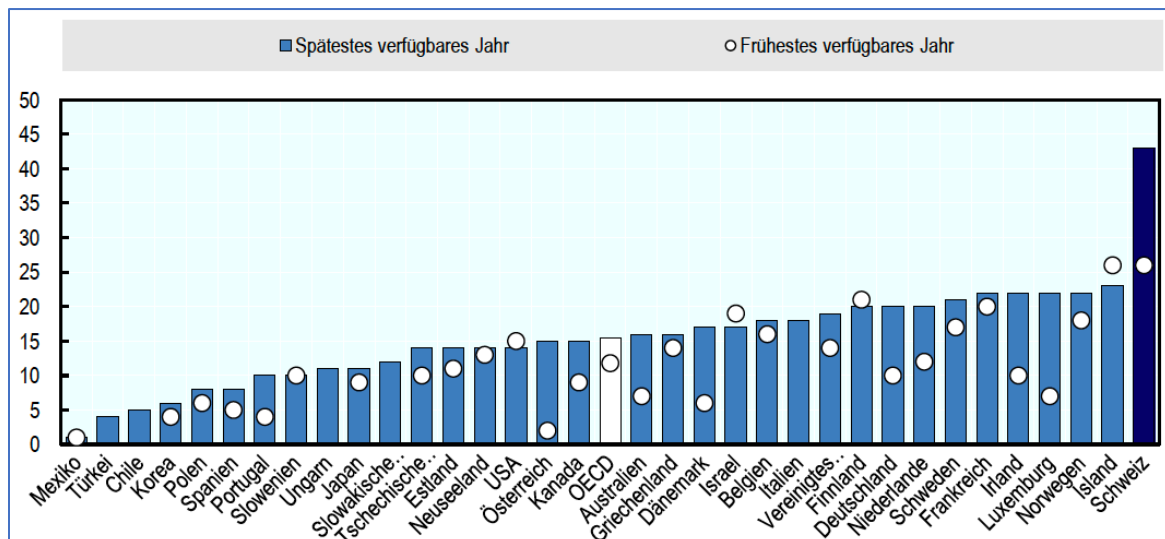


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

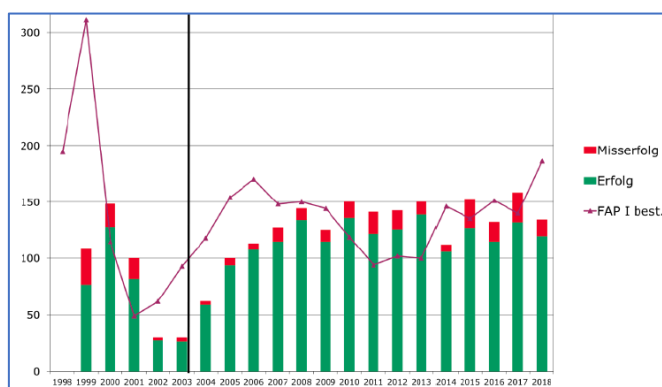


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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#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.

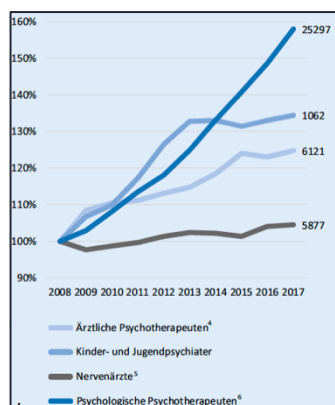


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

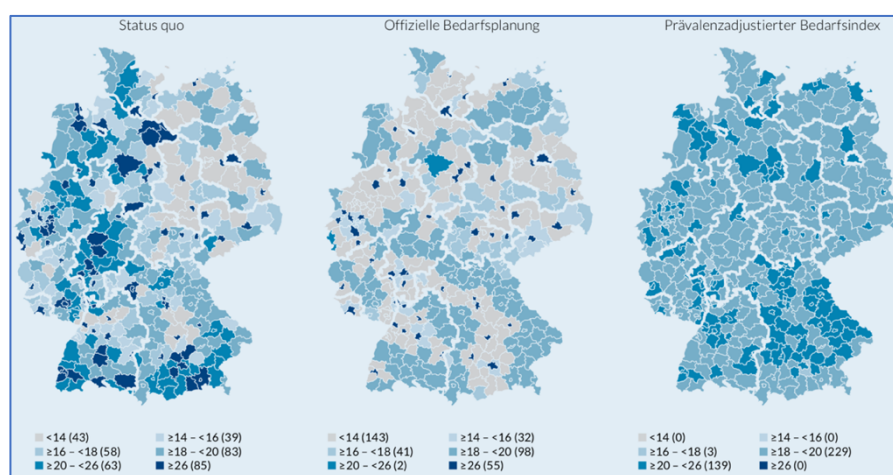


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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 Weiterbildungs-
gängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

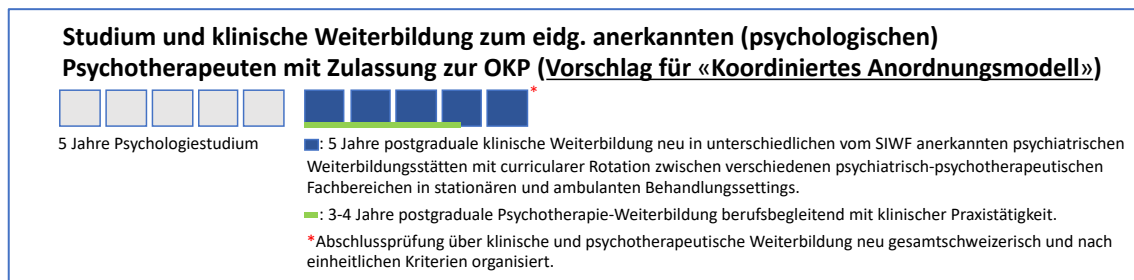


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der 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.

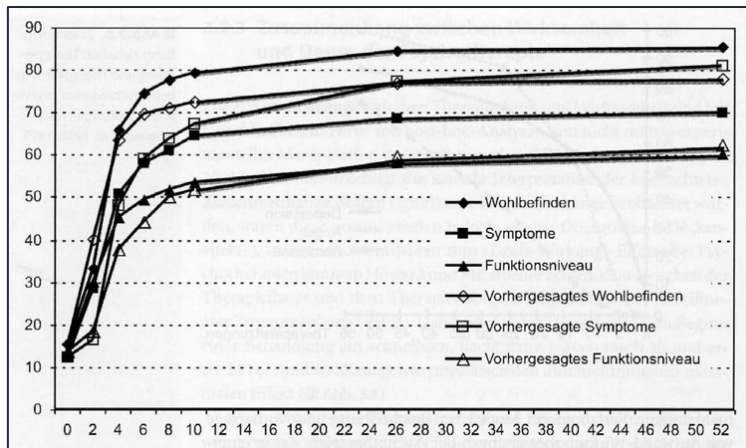


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch 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 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).

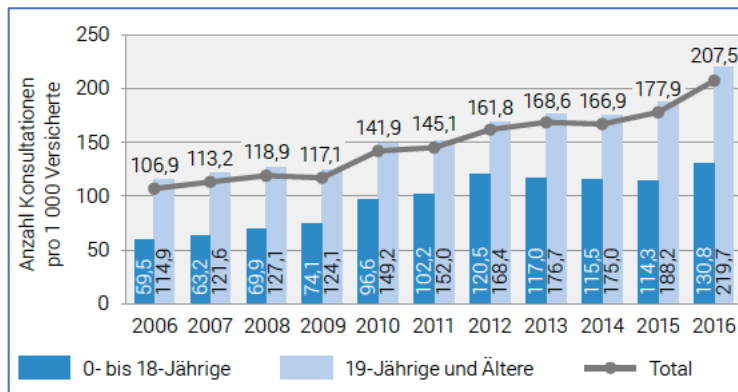


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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 : Kantonalverband der Zürcher Psychologinnen und Psychologen

Abkürzung der Firma / Organisation : ZüPP

Adresse : Sonneggstrasse 26, 8006 Zürich

Kontaktperson : Marion Graber

Telefon : 044 350 53 52

E-Mail : graber@zuepp.ch

Datum : 12.09.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.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 |
| ZüPP | <p>Der ZüPP 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. Der ZüPP bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme des ZüPP der Stellungnahme der FSP entspricht.</p> |
| ZüPP | <p>Eckpunkte der Vorlage, welche der ZüPP klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der ZüPP 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 der ZüPP 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. |
| ZüPP | <p>Inhalte der Vorlage, welche der ZüPP ablehnt und deren Anpassung wir fordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der ZüPP 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. • Der ZüPP lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | |
|------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Der ZüPP 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. • Der ZüPP lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Der ZüPP verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Der ZüPP 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. • Der ZüPP 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. |
| ZÜPP | <p>Ergänzungen, welche der ZüPP vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Der ZüPP 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 ZüPP braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Der ZüPP unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich der ZüPP eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Der ZüPP 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**

| | |
|------|---|
| ZüPP | 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) |
| ZüPP | 45-50a | | | Keine Bemerkungen | |
| ZüPP | 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 angepasst werden müssen (siehe Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen). | |
| ZüPP | 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. | |
| ZüPP | 50c | 1 | c | <p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht des ZüPP unbestritten. Der ZüPP 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. Der ZüPP 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. Der ZüPP begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für den ZüPP ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell</p> | <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|------------|---|--|
| | | | | <p>problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Der ZüPP fordert daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deren Durchführbarkeit einzig nach Abschluss der Weiterbildung lehnt der ZüPP ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. | |
| ZüPP | 50c | 1 | d (neu) | <p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den</p> | 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. Der ZüPP fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird. | wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen) |
| ZüPP | 50c | 2 | | <p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Der ZüPP ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet der ZüPP 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 der ZüPP folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p> | <p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|----------------|-------|--|--|--|
| ZüPP | 52d | | | Keine Bemerkungen | |
| ZüPP | (neu) 52e | | | <p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten</p> <p>https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p> | <p>Organisation der Neuropsychologen</p> <p>Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <p>an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.</p> |
| ZüPP | Übergangsbest. | 1 & 2 | | Der ZüPP 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. | |
| ZüPP | Übergangsbest. | 3 | | Der ZüPP 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) |
| ZüPP | 2 | 1 | a | Keine Bemerkungen | |
| ZüPP | 2 | 1 | b | Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Der ZüPP 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**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der 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. <p>Der ZüPP schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| ZüPP | 3 | | | <p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Der ZüPP ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten,</p> | <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|--|---|---|--|
| | | | | <p>Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Der ZüPP ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagenen Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p> | |
| ZüPP | 3b | Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz | | Siehe Begründung zur Art. 3. | <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]</p> |
| ZüPP | 11b | 1 | | Keine Bemerkungen | |
| ZüPP | 11b | 1 | a | <p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Der ZüPP 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</p> | <p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|--|
| | | | | <p>Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Der ZüPP geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p> <p>Gemäss Auskunft des BAG an die FSP ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p> | <p>pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p> |
| ZüPP | 11b | 1 | b | <p>Kriseninterventionen</p> <p>Krisenintervention und Kurztherapie haben nichts miteinander zu tun.</p> <p>Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst der ZüPP den Vorschlag, dass bei</p> | <p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> |

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. | |
| ZüPP | 11b | 2 | | <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p> |
| ZüPP | 11b | 3 | | <p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p> | <p>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.</p> |
| ZüPP | 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. |
| ZüPP | 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. |
| ZüPP | 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. | |